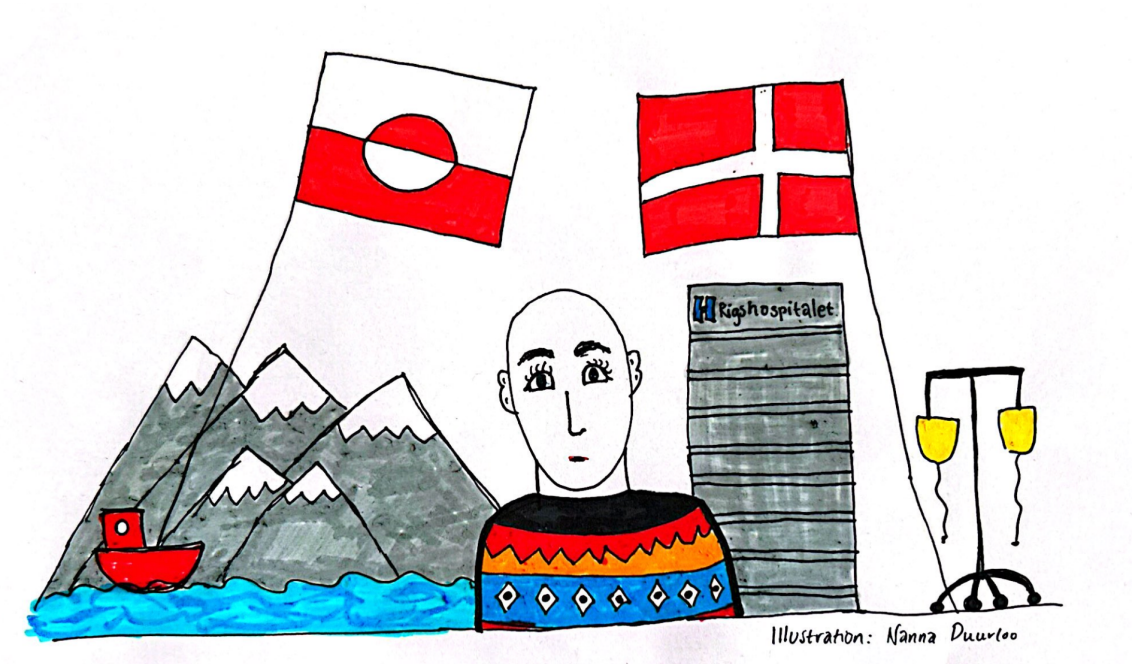
Grønland i hjertet - Danmark i hverdagen

Grønlandske patienters oplevelser i et onkologisk behandlingsforløb
i det danske sundhedsvæsen



Udarbejdet af:

Nanna Duurloo (79220) og Mia Fossberg Dømel (72531)

Roskilde Universitet

Kandidat i Sygepleje, cand. cur

Kandidatspeciale

4. semester, F2025

Dato for aflevering: 30.05.25

Antal tegn inkl. mellemrum (inkl. resume og resumé): 143.978

Resumé

Baggrund: Det danske sundhedsvæsen varetager i stigende grad onkologisk behandling af patienter fra Grønland. Under behandlingen er patienterne i Danmark i længere perioder.
Formål: At undersøge hvilke oplevelser grønlandske patienter har, når de modtager et onkologisk behandlingsforløb, der varetages i det danske sundhedsvæsen. Herunder hvordan det opleves at rejse til et sundhedsvæsen i et andet land, samt betydningen af pårørendes tilstedeværelse eller mangel på denne.
Metode: Et kvalitativt studie med afsæt i Pauls Ricoeurs fænomenologiske- og hermeneutiske fortolkningsfilosofi. Empiri er indsamlet ud fra seks individuelle, semistrukturerede interviews med grønlandske patienter.
Fund: Tre temaer er identificeret: "*rejsen mellem to sundhedsvæsner - med 4000 kilometers afstand"*, "*pårørendes som støtte - tæt på og langt væk*" og "*livet i to verdener: afsavnet til hverdagen i Grønland*".
Konklusion: Patienterne er taknemmelige over at modtage onkologisk behandling i Danmark efter kaotiske og lange udredningsforløb i Grønland. Pårørendes fysiske tilstedeværelse udgør en væsentlig støtte for patienterne under forløbet i Danmark. Patienterne oplever, at have afsavn til hverdagen i Grønland.

(Anslag med mellemrum: 1200)

Abstract

Background: The Danish healthcare system is responsible for an increasing number of oncological treatments for Greenlandic patients. During treatment patients stay in Denmark for longer periods.

Purpose: To explore how patients from Greenland experience oncological treatment provided by the Danish healthcare system. This includes the experience of travelling to a healthcare system in another country as well as the impacts of the presence or absence of relatives.

Method: A qualitative study based on Paul Ricoeur's phenomenological-hermeneutic theory of interpretation. Data were collected by individual semi-structured interviews with six patients.

Findings: Three themes are identified**:** "*the journey between two healthcare systems - separated by 4000 kilometres*", "*support from loved ones - close by and far away*" and "*life in two worlds: the longing for everyday life in Greenland".*

Conclusion: Patients are grateful to receive oncological treatment in Denmark in light of long and chaotic diagnostic processes in Greenland. The physical presence of relatives gives significant support to patients during treatment in Denmark. The patients experience deprivation of their daily life in Greenland.

(Anslag med mellemrum: 1199)

Indholdsfortegnelse

Resumé 2

Abstract 3

1. Indledning 6
1.1. Specialeforfatterne 6
1.2. Specialeforfatternes egen forståelse 6

2. Baggrund 7
2.1. Cancer 7
2.2. Cancer i oprindelige befolkningsgrupper 7
2.3. Sygepleje til patienter fra oprindelige befolkningsgrupper 9
2.4. Grønland som oprindeligt folk 10
2.5. Det grønlandske sundhedsvæsen 10
2.6. Cancer i Grønland 12
2.7. Onkologisk behandling - både i Grønland og Danmark 13
2.8. De grønlandske patienters pårørende 14

3. Afgrænsning 14

4. Problemformulering 16
4.1. Undersøgelsesspørgsmål 16
4.2. Nøglebegreber 16

5. Litteratursøgning 17
5.1. Eksplorative litteratursøgning 17
5.2. Systematisk litteratursøgning 18

6. Metode 24
6.1. Videnskabsteoretiske overvejelser 24
6.1.1. Fænomenologi *24*
6.1.2. Hermeneutik *25*
6.2. Ricoeurs fortolkningsfilosofi 26
6.3. Design 27
6.3.1. Semistruktureret individuelle interviews *27*
6.3.2. Interviewguide *28*
6.3.3. Informanter *29*
6.3.4. Optagelse af interviews og transskribering *32*
6.3.5. Etiske og juridiske overvejelser *32*

7. Analyse 33
7.1. Naiv læsning 33
7.2. Strukturanalyse 35
7.3. Rejsen mellem to sundhedsvæsner - med 4000 kilometers afstand 37
7.4. Pårørende som støtte - både tæt på og langt væk 41
7.5. Livet i to verdener: afsavnet til hverdagen i Grønland 45

8. Kritisk fortolkning og diskussion 48
8.1 Kritisk fortolkning og diskussion 48
8.2. Rejsen mellem to sundhedsvæsner - med 4000 kilometers afstand 48
8.3. Pårørende som støtte – både tæt på og langt væk 52
8.4. Livet i to verdener: afsavnet til hverdagen i Grønland 55

9. Metodediskussion 58
9.1. Troværdighed 59
9.2. Pålidelighed 60
9.3. Bekræftelighed 61

9.4. Overførbarhed 62

10. Konklusion 63

11. Perspektivering 64

11.1. Implikationer for praksis 65

11.1.1. Grønlandsk patientvejleder 65

11.1.2. Digital pårørendeinddragelse 66

11.1.3. Tværkulturel undervisning 67

11.2. Implikationer for forskning 67

12. Referenceliste 68

1. Indledning

Forekomsten af cancer er stigende i Grønland, hvilket bl.a. skyldes, at befolkningen i de seneste årtier har tilegnet sig en mere vestlig livsstil (Yousaf *et al.*, 2018). Geografiske- og infrastrukturelle udfordringer i Grønland gør, at patienterne diagnosticeres væsentligt senere end i andre nordiske lande. Den sene diagnosticering af en cancersygdom medfører ofte, at grønlandske patienter har dårligere prognose (Gelvan, Risum og Langer, 2015), hvilket er medvirkende til, at cancer er en af hyppigste dødsårsager i Grønland (Augustussen, Sjøgren, *et al.*, 2017). En del af den grønlandske onkologiske behandling varetages i det danske sundhedsvæsen, da det grønlandske sundhedsvæsen ikke har ressourcer til at varetage denne behandling (Svartá og Larsen, 2020). De grønlandske patienter rejser ofte til Danmark uden ledsagelse af pårørende i længere perioder (Augustussen, Hounsgaard, *et al.*, 2017). Formålet med dette speciale er at undersøge patientperspektivet i at skulle modtage onkologisk behandling i et sundhedsvæsen, der er geografisk langt væk hjemmefra - dette ud fra et ønske om at få øget indsigt i patienternes oplevelser.

1.1. Specialeforfatterne

I vores arbejde som sygeplejersker har vi begge beskæftiget os med patienter fra Grønland. Vi interesserer os for denne patientgruppe, som vi særligt fik kendskab til under ansættelse i Grønland. Vi har begge været ansat, uafhængigt af hinanden, på medicinsk afdeling i Nuuk igennem Det Grønlandske Selvstyre. I det danske sundhedsvæsen har vi ligeledes kendskab til patientgruppen, hvor den ene specialeforfatter tidligere har været sygeplejerske på Det Grønlandske Patienthjem. Den anden forfatter er ansat som sygeplejerske på en onkologisk afdeling på Rigshospitalet, hvor en del af den onkologiske behandling til grønlandske patienter varetages.

1.2. Specialeforfatternes egen forståelse

Vi har qua vores praksiserfaring tilegnet os en forståelse af, at patienter fra Grønland ofte er uden pårørende, når de befinder sig i det danske sundhedsvæsen. Vi oplever samtidig, at patienter er nødsaget til at blive i Danmark i månedsvis. Ydermere har vi en forståelse af, at sproglige forskelle kan påvirke den pleje og behandling, patienterne oplever at få i Danmark. Af denne årsag har vi en formodning om, at patienterne kan finde det udfordrende at

få behandling i det danske sundhedsvæsen. I Grønland har vi erfaret, at befolkningen har en mentalitet om, at man tager en dag ad gangen, og forholder sig mere afslappet til ændringer i hverdagen.

2. Baggrund

I følgende afsnit vil vi udfolde relevante perspektiver på grønlandske patienters onkologiske behandling i Danmark. Afsnittet vil indledningsvis belyse cancer blandt oprindelige befolkningsgrupper, der ligesom den grønlandske befolkning, rejser langt for at modtage onkologisk behandling. Det vil kort udfoldes, hvordan sygeplejersker oplever at yde sygepleje til patienter fra oprindelige befolkningsgrupper.

Efterfølgende vil der foreligge en kort gennemgang af den grønlandske befolkning som oprindeligt folk. Derudover en præsentation af det grønlandske sundhedsvæsen og dets samarbejde med Danmark –herunder varetagelsen af onkologisk behandling. Afslutningsvis vil pårørende til grønlandske patienter i onkologisk behandling blive præsenteret. Baggrundsafsnittet munder ud i specialets afgrænsning og problemformulering.

2.1. Cancer

Globalt er cancer den ledende dødsårsag, og i 2020 døde 10 millioner mennesker på verdensplan af sygdommen (World Health Organization, 2025). At få en cancerdiagnose kan være et eksistentielt chok, hvorfor en betydelig andel af patienterne vil opleve en stor følelsesmæssig belastning. Det kan have stor indvirkning på deres psykiske velbefindende, samt have en negativ indflydelse på livskvaliteten (Mehlsen, Jensen og Zachariae, 2007; Flanagan *et al.*, 2022). Patienter kan opleve det omfattende behandlingsforløb som krævende og en stor ændring i den vante hverdag (Kræftens Bekæmpelse, 2024).

2.2. Cancer i oprindelige befolkningsgrupper

Blandt oprindeligt folk er cancer ligeledes en af de hyppigste dødsårsager (Meiklejohn *et al.*, 2016; Shahid *et al.*, 2016; Thewes *et al.*, 2016). Oprindeligt folk udgør 6% af verdens befolkning og lever ofte geografisk isoleret. Oprindeligt folk indebærer befolkningsgrupper af unikke kulturer, som har særlige måder at interagere med mennesker og natur på. Deres kulturelle, sociale, økonomiske og politiske situation adskiller sig væsentligt fra de

dominerende samfund i verden (World Health Organization, 2024). Oprindelige befolkningsgrupper deler mange ligheder, herunder sociodemografiske-, historiske- og kliniske særpræg, som gør dem sammenlignelige på tværs af landegrænser (Shahid *et al.*, 2016).

Tidlig diagnosticering af en cancersygdom øger mulighederne for effektiv behandling, hvilket medfører en øget overlevelsesprocent (World Health Organization, 2025). Der ses globalt generelt dårligere resultater og prognoser hos oprindeligt folk med en cancerdiagnose, bl.a. i Australien (Meiklejohn *et al.*, 2016; Shahid *et al.*, 2016; Anderson *et al.*, 2021), Canada (Sedgewick *et al.*, 2021) og Alaska (Goodwin *et al.*, 2017). Onkologisk behandling til patienter fra oprindelige befolkningsgrupper er ofte mere kompleks, da cancerdiagnosen stilles sent (Reilly *et al.*, 2018). Årsagerne findes bl.a. i lavere screeningsdeltagelse, svær adgang til sundhedsvæsnet pga. geografisk isolerede steder, utilstrækkelige sundhedsfaglige kompetencer, manglende kontinuitet og sen diagnosticering. Førnævnte forårsager et fremskredent cancerstadie samt større andel af komorbiditeter, når diagnosen stilles (Shahid *et al.*, 2016; Goodwin *et al.*, 2017; Anderson *et al.*, 2021).

Generelt har befolkninger af oprindeligt folk ringere sundhedsresultater end den resterende befolkning (World Health Organization, 2024). Patienter fra oprindelige befolkningsgrupper med en cancerdiagnose udfordres i sundhedssystemet, når de skal rejse fra deres hjem for at modtage behandling (Goodwin *et al.*, 2017). Patienter, der rejser langt for denne behandling, er yderligere udfordret af at skulle navigere i et ukendt sundhedsvæsen i en fremmed kultur. Sproglige forskelle, begrænsede læsefærdigheder, miskommunikation, kulturelle misforståelser, lang transporttid og isolation skaber både fysisk og følelsesmæssig stress. Disse barrierer medvirker til, at patienter fra oprindelige befolkningsgrupper kan mangle forståelse af diagnose, prognose samt behandlingsmuligheder (Thewes *et al.*, 2016; Reilly *et al.*, 2018). Derudover kan det mindske villigheden hos patienterne til at deltage i onkologisk behandling, hvis denne foregår geografisk langt fra patientens hjem (Shahid *et al.*, 2016; Huot *et al.*, 2019; Sedgewick *et al.*, 2021).

Når patienter, som er oprindeligt folk, er i kontakt med sundhedsvæsenet, betyder det oftest, at patienterne befinder sig i en anden kultur, placeret geografisk langt fra deres hjem og vanlige hverdag. Dette kan medføre et afsavn til deres pårørende, som ikke nødvendigvis kan ledsage patienten. Patienter fra oprindelige befolkningsgrupper oplever det derfor udfordrende og ensomt, at befinde sig i en fremmed storby uden deres pårørende under et

onkologisk behandlingsforløb (Anderson *et al.*, 2021). Mangel på pårørendes tilstedeværelse under onkologiske behandlingsforløb kan også resultere i, at patienterne oplever uindfriede kulturelle og psykosociale behov under behandlingsforløbet (Bernardes *et al.*, 2019).

2.3. Sygepleje til patienter fra oprindelige befolkningsgrupper

Globalt finder sygeplejersker det udfordrende at yde sygepleje til patienter fra oprindelige befolkningsgrupper, da sygeplejersker oplever at mangle viden om patientgruppen. Særligt manglende viden om patienternes kulturelle normer og værdier, opleves udfordrende, når sygeplejerskerne er i kontakt med denne patientgruppe (Meiklejohn *et al.*, 2016).

Når sygeplejersker og patienter ikke deler samme modersmål oplever sygeplejersker kommunikationen udfordrende. Mangel på et fælles sprog påvirker flere faktorer i patientforløbet, heriblandt misforståelser og fejlinformation mellem patienter og sygeplejersker (Meiklejohn *et al.*, 2016; Reilly *et al.*, 2018; Anderson *et al.*, 2021; Sedgewick *et al.*, 2021). Førnævnte kan medføre, at patienter af oprindeligt folk misforstår prognose og forløb omkring cancersygdommen (Egan *et al.*, 2016). Sprogbarrierer er ligeledes den største udfordring for, at sygeplejersker kan sikre en tilstrækkelig, hensigtsmæssig og effektiv pleje, og har en negativ virkning på at imødekomme patienternes behov. Det manglende fælles sprog mellem patient og sygeplejersker kan yderligere have negative konsekvenser for patientsikkerheden (Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2019). Adgangen til professionel tolkning er derfor altafgørende for at sundhedsprofessionelle oplever at kunne udføre en acceptabel og patientsikker pleje til patienterne (Sedgewick *et al.*, 2021).

Studier viser, at hvis der er personale af afstamning fra oprindeligt folk, kan det mindske kulturelle misforståelser mellem patienter og sygeplejersker (Engnes *et al.*, 2022). Det er ikke blot det sproglige aspekt, der kan være udfordrende, når sundhedspersonale og patienter ikke deler samme etniske baggrund. Kulturforskelle i forståelsen af både sygdom og sundhedsvæsen kan ligeledes vise sig problematisk på tværs af landegrænser. Dette kan i høj grad påvirke samarbejdet mellem sundhedspersonale og patienter (Møller, 2013). Et scoping review identificerer yderligere at mangel på fælles sprog og kultur samt stor udskiftning i personalet forringer sundhedspersonalets mulighed for at tilbyde tilstrækkelige sygepleje i arktiske egne (Huot *et al.*, 2019).

2.4. Grønland som oprindeligt folk

I den grønlandske befolkning betegnes 88-90% som værende af den oprindelige befolkningsgruppe *inuit* (IWGIA, 2024). Grønland er verdens største ø, men huser en lille befolkning på 57.000 mennesker. Over 60% af Grønlands befolkning er bosat i de fem største byer, og den resterende del af befolkningen bor i mindre byer og bygder. Grønland er en del af Det Danske Rigsfællesskab, og var tidligere en dansk koloni frem til 1953. Historisk set er den grønlandske befolkning et fanger- og jagtsamfund. Det officielle sprog i Grønland er grønlandsk (Grønlands Statistik, 2024). I en undersøgelse af selvangivne sprogkompetencer ses det, at 70% af den grønlandske befolkning er flydende i det grønlandske sprog, 15% taler udelukkende dansk, og 15% er flydende i begge sprog. Cirka halvdelen hævder dog, at have nogenlunde sproglige kompetencer i både grønlandsk og dansk (Frederiksen og Olsen, 2017).

Som tidligere pointeret, adskiller kulturen hos oprindelige folk sig fra det dominerende samfund. Særligt natur og fællesskab har en afgørende betydning for livsførelsen blandt oprindelige folk (World Health Organization, 2024). Det gør sig ligeledes gældende hos det oprindelige inuitfolk, som er vant til at indordne sig under den barske natur og omskiftelige vejrforhold. Af denne årsag er det normalt for den grønlandske befolkning at være rolige, når ukontrollerbare situationer opstår i de barske livsvilkår (Schlütter og Hounsgaard, 2020).

2.5. Det grønlandske sundhedsvæsen

I 1979 blev loven om hjemmestyre i Grønland vedtaget, og først i 2009 trådte loven om Grønlands selvstyre i kraft (Statsministeriet, 2009). Dette havde betydning for Grønlands institutioner, heriblandt også det grønlandske sundhedsvæsen. I forbindelse med etableringen af selvstyret blev der indført en ny sundhedsreform i Grønland. Der ses en stigning i andelen af ældre borgere, flere kroniske livsstilssygdomme og dertil øget pres på sundhedsudgifterne samt flere behandlingsmuligheder. Formålet med den nye sundhedsreform var derfor at tilpasse sundhedsvæsnet til den samfundsmæssige udvikling (Hansen og Noahsen, 2020).

I og med Grønland er en tidligere dansk koloni, har Grønland gennemgået en langvarig proces med akkulturation. I denne proces er den oprindelige grønlandske kultur blevet

påvirket af danske normer og samfundsstrukturer (Eliassen *et al.*, 2012). Akkulturation gør sig også gældende i det grønlandske sundhedsvæsen, som er opbygget ud fra danske systemer og kultur. Derudover er personalet ofte rekrutteret fra Danmark og de andre nordiske lande (Hansen og Noahsen, 2020). Sundhedspersonale af oprindeligt grønlandsk afstamning oplever derfor at arbejde dobbeltkulturelt, da de skal indordne den danske kultur i det grønlandske sundhedsvæsen, og samtidig værne om den grønlandske kultur overfor patienterne (Møller, 2013). Dansk er det dominerende sprog i det grønlandske sundhedsvæsen, og samtaler mellem patienter og sundhedspersonale foregår derfor ofte via tolk. Brugen af professionel tolk er derfor en essentiel og nødvendig faktor for at opnå forståelse mellem patient og sundhedspersonale (Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2019).

Det grønlandske sundhedsvæsen består af fem regionssygehuse, som er placeret i større byer. Dronning Ingrids Hospital i Nuuk har derudover funktion som landshospital, og varetager sundhedsvæsenets specialiserede funktioner. I øvrige byer og bygder består sundhedsvæsenet af sundhedscentre og bygdesundhedsstationer, der ikke nødvendigvis indebærer en læge eller sygeplejerske. I de mindre bygder varetages sundhedsstationer af sundhedsmedarbejdere med begrænset faglig uddannelse. Sundhedsstationerne fungerer i praksis mest som et bindeled mellem borgerne i bygderne og det professionelle sundhedsvæsen. 14% af Grønlands befolkning har en bygdesundhedsstation som nærmest adgang til sundhedsvæsnet (Hansen and Noahsen, 2020).

Når patienter i det grønlandske sundhedsvæsen skal igennem udredninger, akutte kirurgiske indgreb og specialiseret behandling, kræver det, at patienterne overflyttes til Dronning Ingrids Hospital (Niclasen og Mulvad, 2010). Det betyder, at flere grønlandske patienter må rejse hjemmefra for at modtage behandling i Nuuk. Hvis patienter har brug for yderligere specialiseret behandling kan de være nødsaget til at skulle rejse til Danmark. Førnævnte omfatter en flyrejse på seks-syv timer (Huot *et al.*, 2019). Som et led i Det Danske Rigsfællesskab er Grønland nemlig stadig underlagt visse dele af den danske lovgivning. Det danske sundhedsvæsen varetager eksempelvis specialiseret medicinsk- og kirurgisk behandling for det grønlandske sundhedsvæsen, herunder en del af den onkologiske behandling (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2022). Når patienter modtager behandling i Danmark, betaler det grønlandske sundhedsvæsen for patientens behandling, foruden sundhedsvæsnet dækker alle patientens rejse-, kost- og logiomkostninger (Peqqik, 2025).

Tilbage i 2018 sendte det grønlandske sundhedsvæsen over 800 patienter til Danmark for at få specialiseret behandling (Hansen og Noahsen, 2020). Tallet er fortsat stigende, og i 2024 blev der behandlet 1400 grønlandske borgere i det danske sundhedsvæsen (Berlingske, 2025). På Rigshospitalet, hvor langt størstedelen af de grønlandske patienter behandles, er der ligeledes sket en stigning for grønlandske behandlingsforløb på 52% gennem de seneste fem år (Bundgaard *et al.*, 2023). Ovenstående betyder, at sygeplejersker i det danske sundhedsvæsen i de senere år tiltagende har plejet flere grønlandske patienter.

2.6. Cancer i Grønland

I 2024 var middellevetiden i Grønland 73,5 år for kvinder og 69,6 år for mænd (Grønlands Statistik, 2024). Det betyder, at grønlandske borgere i gennemsnit har en ti år kortere middellevetid i forhold til den danske befolkning (Danmarks Statistik, 2024). Tidligere bestod helbredsmæssige udfordringer i Grønland af stor risiko for tuberkulose samt infektiøse sygdomme som følge af dårlige boligstandarder. Forbedring af sanitære forhold i Grønland, har sænket risikoen for tuberkulose og andre smitsomme sygdomme betydeligt. Dette har medvirket til en stigende middellevetid i de seneste årtier (Hansen og Noahsen, 2020). Dog har den grønlandske befolkning tilegnet sig en mere vestlig livsstil gennem de seneste årtier, hvor kostvaner, andelen af fysisk aktivitet og rygning er ændret radikalt i det grønlandske samfund. Førnævnte påvirker, at flere borgere får livsstilsbetingede, kroniske sygdomme, herunder ses stigende prævalens af cancertilfælde i Grønland (Niclasen og Mulvad, 2010; Yousaf *et al.*, 2018). Dette gør sig specielt gældende for lunge-, bryst- og gastrointestinal cancer (Augustussen, Sjøgren, *et al.*, 2017).

Diagnosticering af en cancersygdom forekommer væsentligt senere i Grønland end i Danmark. Grønland er præget af udfordringer relateret til store geografiske afstande, begrænset infrastruktur, stor udskiftning i kompetent personale og utilregnelige vejrforhold. Førnævnte er årsager til den sene diagnosticering (Gelvan, Risum og Langer, 2015). Lignende forhold gør sig også gældende for andre oprindelige befolkningsgrupper (Meiklejohn *et al.*, 2016; Shahid *et al.*, 2016; Goodwin *et al.*, 2017; Anderson *et al.*, 2021).

Den udfordrede adgang til sundhedsvæsnet påvirker, at den grønlandske befolkning oplever stor forskel i perioden fra første henvendelse til sundhedsvæsnet, og til der stilles en cancerdiagnose. Patienter bosat uden for Nuuk oplever op til ti gange længere ventetid på

en udredning for kolorektal cancer end patienter bosat i Nuuk (Tolstrup *et al.*, 2017). Symptombyrden hos patienter med en cancerdiagnose synes ligeledes at være større, hvis patienten er bosat i mindre byer og bygder i Grønland, hvor patienter ikke altid har adgang til uddannet sundhedspersonale (Augustussen *et al.*, 2018). Blandt andet på baggrund af lange udredningsforløb har Grønland en signifikant højere mortalitet sammenlignet med andre nordiske lande (Yousaf *et al.*, 2018).

2.7. Onkologisk behandling - både i Grønland og Danmark

Grønland har siden 2004 hjemtaget visse dele af de onkologiske behandlingsforløb, men store dele af behandlingen foregår stadig i det danske sundhedsvæsen (Gelvan, Risum og Langer, 2015; Svartá og Larsen, 2020). Aktuelt er det muligt at modtage dele af den onkologiske behandling for kolorektal-, bryst- og lungecancer på Dronning Ingrids Hospital i Nuuk på baggrund af et tæt samarbejde med de onkologiske afdelinger på Rigshospitalet. Al stråleterapi eller immunterapi foregår dog i det danske sundhedsvæsen (Augustussen, Timm og Hounsgaard, 2018). Det betyder, at patienterne oftest må rejse til Danmark for at modtage onkologisk behandling. Denne behandling kan strække sig fra måneder til år, og foregår primært som ambulante aftaler og behandlinger. Sygeplejersker varetager administrationen af den onkologiske behandling, og patienten vil derfor ofte være i kontakt med sygeplejefagligt personale i det danske sundhedsvæsen (Rigshospitalet, 2024). Trods Grønland er en del af Det Danske Rigsfællesskab findes der aktuelt ikke kræftpakkeforløb i Grønland. Dette er også selv om dødeligheden har vist sig at falde betydeligt for patienter med cancer i det danske sundhedsvæsen efter indførelsen af kræftpakkeforløbene (Svartá og Larsen, 2020).

Når patienter fra Grønland skal modtage onkologisk behandling i det danske sundhedsvæsen, indlogeres de på Det Grønlandske Patienthjem (Peqqik, 2025). Fra praksiserfaring ved vi, at grønlandske patienter i Danmark kan rejse retur til Grønland på det grønlandske sundhedsvæsens regning mellem de onkologiske behandlinger. Førnævnte gør sig vel og mærke gældende, hvis der går over tre uger mellem hver aftale i det danske sundhedsvæsen. Det skal dog bemærkes, at de typiske onkologiske behandlingsforløb kræver fremmøde på hospitalet inden for hver tredje uge (Lægehåndbogen, 2023), hvorfor patienterne sjældent har mulighed for at rejse retur til Grønland mellem behandlingsaftalerne. Grønlandske patienter er derfor adskilt fra sit hjem og pårørende i længere perioder.

2.8. De grønlandske patienters pårørende

Pårørende har stor betydning for det enkelte menneske i Grønland, og under sygdom kan pårørendes støtte kan have stor betydning for patienten i den daglige livsførelse. Pårørende kan foruden bidrage med vigtig information om patienternes hverdag og sygdom, hvilket kan være af væsentlig betydning for behandlingsforløbet. Grønlandske pårørende er mere end familie, det omfatter både venner, naboer og kollegaer i den grønlandske kultur (Aagaard, 2014).

Når patienter er indlagt i det grønlandske sundhedsvæsen, angiver de at mangle psykosocial støtte fra deres pårørende, hvis disse ikke har haft mulighed for at rejse med til hospitalet (Aagaard, 2014). Samtidig ses der en betydelig lavere pårørendetilfredshed på det onkologiske område i det grønlandske sundhedsvæsen i sammenligning med data fra Danmark og Norge. De pårørende oplever ikke at være tilstrækkeligt involveret i deres kæres onkologiske behandlingsforløb – både når patienterne er i Grønland og i Danmark. Dette på trods af at det grønlandske sundhedsvæsen opfordrer personalet til at medtænke pårørende i alle processer i sundhedsvæsenet (Augustussen, Hounsgaard, *et al.*, 2017).

Pårørende kan i visse tilfælde visiteres til et betalt medophold i Danmark - det gør sig fx gældende, hvis en læge vurderer, at der er tale om en akut livstruende tilstand. I sådan et tilfælde vil alle transport-, kost og logiudgifter dækkes af det grønlandske sundhedsvæsen. Dækningen ophører dog i det øjeblik, hvor patienten ikke længere er i akut livstruende tilstand, og den pårørende skal derfor selv varetage alle udgifter i forbindelse med sit videre ophold (Naalakkersuisut, 2013). I behandlingsforløb hvor ovenstående ikke gør sig gældende, ved vi fra praksiserfaring, at pårørende kan vælge selv at betale for rejsen til Danmark - hvis den enkeltes økonomi tillader det. I visse tilfælde vil det også være muligt at få dækket omkostningerne hos forsikring eller fagforening, hvor man kan søge midler ved sociale fonde.

3. Afgrænsning

Ovenstående gennemgang af problemstillingen belyser kompleksiteten, når patienter fra oprindelige befolkningsgrupper skal rejse langt for at modtage onkologisk behandling. Patientgruppen oplever kulturelle forskelle, manglende fælles sprog og mangel på fysisk tilstedeværelse af pårørende (Meiklejohn *et al.*, 2016; Reilly *et al.*, 2018; Sedgewick *et al.*,

2021). Patienter fra Grønland står ligeledes overfor en lang rejse til det danske sundhedsvæsen, når de skal modtage onkologisk behandling. Patienterne har yderligere ikke altid mulighed for ledsagelse af pårørende. Forskningsbaseret viden inden for cancerområdet i Grønland er begrænset (Naalakkersuisut, 2013), og forskning omhandlende grønlandske patienters oplevelser i det danske sundhedsvæsen er minimal. En del eksisterende forskning om grønlandske patienter omhandler kardiologiske sygdomme – dette på trods af cancer er den hyppigste dødsårsag i Grønland (Grønlands Statistik, 2024).

Vores systematiske litteratursøgning viste, at der er mangel på forskning, der belyser patientperspektivet i at skulle rejse fra Grønland til Danmark for at modtage onkologisk behandling. Prævalensen af onkologisk sygdom er stigende blandt den grønlandske befolkning (Yousaf *et al.*, 2018), hvorfor flere patienter må forventes at skulle rejse til Danmark for at modtage behandling. Sygeplejersker i det danske sundhedsvæsen må derfor forventes i højere grad at være i kontakt med grønlandske patienter. Det er derfor problematisk, at forskning på området er mangelfuld. Derudover rejser mange grønlandske patienter ofte uden ledsagelse af pårørende til Danmark (Aagaard, 2014). Der findes ikke eksisterende forskning om, hvilken betydning pårørende har for grønlandske patienter i et onkologisk forløb i Danmark. Ud fra førnævnte årsager finder vi det relevant at undersøge grønlandske patienters oplevelser under et onkologisk behandlingsforløb i Danmark.

Specialet afgrænses til at omhandle grønlandske patienter, der er i onkologiske behandlingsforløb i Danmark. Patienterne er under deres forløb indlogeret på Det Grønlandske Patienthjem. Specialet tager udgangspunkt i seks interviews med grønlandske patienter, der aktuelt er i Danmark for at modtage onkologisk behandling. Formålet med specialet er at opnå en dybere forståelse af patienternes oplevelser. Denne viden kan medvirke til, at sygeplejersker i det danske sundhedsvæsen er bedre rustet til at varetage optimal behandling af patienter fra Grønland.

4. Problemformulering

Hvilke oplevelser har grønlandske patienter under onkologiske behandlingsforløb i det danske sundhedsvæsen?

4.1. Undersøgelsesspørgsmål

- Hvordan opleves det for grønlandske patienter at rejse til et andet land for at modtage onkologisk behandling?
- Hvilken betydning har pårørendes tilstedeværelse eller manglende tilstedeværelse for de grønlandske patienter i et onkologisk behandlingsforløb i Danmark?

4.2. Nøglebegreber

Onkologisk behandling: Behandling for en cancerdiagnose, som foregår på et hospital. Behandlingen kan indebære operation, immun-, kemo- og stråleterapi, og foregår i ambulant regi i dagtimerne. Varigheden af et onkologisk behandlingsforløb varierer efter diagnose, cancerstadie, prognose, komorbiditet og alder. Patienter i onkologisk behandling kan risikere at skulle indlægges på et sengeafsnit, hvis de oplever bivirkninger til behandlingen.

Grønlandske patienter: Patienter bosat i Grønland, som grundet manglende behandlingsmuligheder i det grønlandske sundhedsvæsen, overgår til at være patienter i et planlagt og koordineret behandlingsforløb i det danske sundhedsvæsen.

Det grønlandske patienthjem (DGP): Patienter fra Grønland indlogeres på DGP i København på enkelt- og dobbeltværelser, når de skal have behandling i det danske sundhedsvæsen. DGP fungerer som patienternes hjem under deres ophold i Danmark, og er en del af det grønlandske sundhedsvæsen. Patienterne skal være selvhjulpne, men der er sygeplejersker til rådighed til at udføre sygeplejefaglige opgaver. Der er fællesarealer samt kantine, hvor alle måltider serveres uden beregning til patienterne. DGP står for al transport til behandlinger i Danmark. Der er dobbeltsproget personale ansat på DGP.

5. Litteratursøgning

I det følgende afsnit præsenteres fremgangsmåden for vores eksplorative- og systematiske litteratursøgning.

5.1. Eksplorative litteratursøgning

Vi er gennem vores praksis bekendt med grønlandske patienter samt det grønlandske sundhedsvæsen. Fra tidligere semestre på uddannelsen har vi erfaret, at andelen af forskning omhandlende grønlandske patienter er sparsom.

Vi indledte vores litteratursøgning med en eksplorativ tilgang inden for emnet. Indledningsvis tilegnede vi os viden om feltet i relevante fagbøger samt søgning efter grå litteratur i form af rapporter, notater, dokumenter og lovgivninger. Til den grå litteratursøgning benyttede vi os bl.a. af det Kongelige Bibliotek, hvor vi fremsøgte ikke peer-reviewed litteratur, som eksempelvis phd-afhandlinger. Kædesøgning ud fra indledende litteraturs reference førte os videre til relevant forskningsbaseret litteratur. Vi fandt dog ikke forskningsbaseret litteratur, der beskrev den grønlandske patients oplevelse af at være i et onkologisk behandlingsforløb i det danske sundhedsvæsen.

Som supplement til den indledende litteratursøgning foretog vi en åben søgning i PubMed og Cinahl for at få inspiration til søgeord til vores systematiske litteratursøgning. Grundet vores viden om et sparsomt forskningsfelt, fandt vi det relevant at finde inspiration til søgeord forud for vores systematiske litteratursøgning. Vi foretog følgende åbne søgning i databaserne: “Greenland” AND (“Healthcare” OR “Health care”). I de fremsøgte studier kunne vi se, hvilke søgeord der var anvendt. Derudover foretog vi en yderligere åben søgning med søgeordene “Greenland” AND “Cancer”. Søgningen resulterede i 27 studier, hvor størstedelen heraf omhandlede prævalens samt direkte biomedicinsk fokus. Denne søgning bidrog også med inspiration til søgeord, som vi anvendte i vores systematiske litteratursøgning.

Vi gjorde brug af citationssøgning på Web of Science, for på denne måde at finde yderligere relevant litteratur. Citationssøgningen blev brugt for at undersøge, hvorvidt ældre studier blev anvendt i nyere og aktuelle studier. Det er dog vigtigt at medtænke, at citations-

og kædesøgninger ikke kan stå alene, da det utilsigtet kan afgrænse litteratursøgningen i et ensrettet perspektiv (Thing Rasmussen, Remvig og Wien, 2022).

Vi undersøgte yderligere PROSPERO for igangværende eller afsluttede kvalitative systematiske reviews inden for området med grønlandske patienter, og vi fandt ingen publicerede reviews inden for emnet. Dette understøttede, at forskningsfeltet ikke er bredt repræsenteret. Slutteligt i vores eksplorative litteratursøgning afholdt vi et møde med den grønlandske forløbskoordinator på Rigshospitalet for at få inspiration til vores litteratursøgning. Vi fandt det relevant at inddrage hende, som værende ekspert på grønlandsk onkologisk behandling i Danmark, for at udvide vores viden om forskningsfeltet.

5.2. Systematisk litteratursøgning

Den eksplorative litteratursøgning kan ikke stå alene (Thing Rasmussen, Remvig og Wien, 2022), hvorfor vi yderligere foretog en systematisk litteratursøgning for at sikre inddragelse af relevant forskningslitteratur.

Vi inddragede en bibliotekar fra Roskilde Universitet forud for vores systematiske litteratursøgning. Inddragelse af en bibliotekar kan medvirke til, at kvaliteten af litteratursøgningen øges, da de er eksperter inden for dette (Nørgaard og Hansen, 2023). I samråd med bibliotekaren fandt vi det relevant at foretage vores systematiske litteratursøgning i databaserne; PubMed og Cinahl. Cinahl anvendte vi, da databasen indeholder studier omhandlende sygepleje. PubMed valgte vi at anvende, da databasen dækker sundhedsvidenskabelige studier (Nørgaard og Hansen, 2023). Bibliotekaren var behjælpelig med udvikling af konkrete søgeord til vores søgning, derudover bidrog han med specifikke søgefunktioner i Cinahl og PubMed. Disse søgefunktioner omhandlede begrænsninger i søgningen i form af at specifikke søgeord skulle indgå i abstract, hvilket uddybes nedenfor.

Til vores litteratursøgning anvendte vi PICo, *population, interest, context*, for at kunne systematisere samt strukturere vores litteratursøgning i databaserne. Da andelen af forskning om onkologiske behandlingsforløb og grønlandske patienter er et begrænset felt, valgte vi i samråd med bibliotekaren at udvide population i vores søgning til "*oprindeligt folk*". Dette gjorde vi for at inkludere studier, som afrapporterede andre oprindelige befolkningsgrupper. Vi ønskede primært at finde studier, der afrapporterede patientperspektivet, hvorfor vi

valgte, at interest skulle omfatte "*patientperspektivet*". Det viste sig at være et meget begrænset felt, hvorfor studier hvor det sundhedsfaglige perspektiv også var tilstedeværende, blev inddraget. Dernæst valgte vi at afgrænse context til "*at rejse langt for behandling*", da oprindeligt folk ofte må rejse langt for behandling ligesom grønlandske patienter.

Vi foretog først den systematiske søgning i Cinahl, derefter i PubMed. Dog viste søgningen i PubMed at være overraskende stor (5.199 hits). Vi valgte derfor at opdele context i to blokke i vores søgning i PubMed. Vi tilføjede "*onkologisk behandling*" som et andet aspekt, for at kunne gøre søgningen mere specifik. PubMed er en større og mere omfattende database, hvorfor vi fandt det relevant at inkludere aspektet onkologisk behandling. Dette for at finde studier, der afrapportere specifik at rejse langt for onkologisk behandling. I tabellen på følgende side er vores PICo samt søgeord præsenteret

PICo til Cinahl søgning			
P: Population	**I**: Interest	**Co**: Context	
Oprindeligt folk	Patientperspektivet	At rejse langt for behandling	
PICo til PubMed søgning (context opdelt i to)			
P: Population	**I**: Interest	**Co**: Context	
Oprindeligt folk	Patientperspektivet	At rejse langt for behandling	Onkologisk behandling
Søgeord til bloksøgningen			
Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4
Greenland Remote area Inuit Indigenous Indigenous Peoples Kalaallit Nunaat Arctic Arctic Peoples	Patient perspective Patient view Patient experience Life experiences View Perspective Experience	Danish healthcare system Health care Healthcare Medical travel Delivery of Health Care Medical tourism Health tourism Remote care Travel for treatment	Cancer Cancer treatment Cancer patient Neoplasm Oncology

Tabel 1 – PICo og søgeord

Vi valgte at fremsøge standardiserede indekstermer i de to databaser. I Cinahl blev *Subjects Headings* anvendt og i PubMed blev *MeshTerms* anvendt, hvis disse var tilgængelige. Standardiserede indekstermer blev fremsøgt i kombination med fritekstsøgning, for ikke at ekskludere nye studier, hvor standardiserede indekstermer endnu ikke var tildelt. For yderligere at inkludere flest mulige relevante studier benyttede vi os af trunkering (*) i vores bloksøgning. Førnævnte betyder, at databasen søgte på ordstammen med alle bøjningsformer af det valgte ord, hvilket øger muligheden for at fremsøge flere relevante studier. Derudover benyttede vi os af frasesøgning for at afgrænse søgningen til et præcis udtryk, som fx *"Remote Area"*, således databasen fremsøger studier der indeholder den nøjagtige frase (Nørgaard og Hansen, 2023).

PICo søgningen er grundlaget for vores bloksøgning i databaserne, hvor boolske operatorer spiller en central rolle for at fremsøge flest mulige relevante studier. AND og OR er anvendt i litteratursøgningen. AND er anvendt mellem hver bloksøgning for at kunne opdele blokkene. Derudover anvendes AND for afgrænse vores søgning ved at kombinere alle søgeord i de forskellige blokke i søgningen. Endvidere anvendte vi OR for at kunne inkludere flere ord inden for hver bloksøgning og dermed udvide vores søgning (Nørgaard og Hansen, 2023). Udvidelsen af vores søgning øgede ligeledes muligheden for at inkludere flest mulige relevante studier til vores speciale. Vi diskuterede, hvorvidt vi skulle anvende den boolske operator NOT i vores søgning, da vi fx ikke ønskede studier med udelukkende fokus på screeninger for cancer. Vi valgte at undlade NOT, for ikke at ekskludere relevante studier med fokus på behandling, hvor ordet *"screening"* fremgik i studiet. I stedet valgte vi manuelt at screene de fremsøgte studier for at kunne ekskludere, hvis studierne udelukkende omhandlede screeninger for cancer. Vores bloksøgninger fra de to databaser er præsenteret i bilag 1, og derudover er de endelige søgestrenge i Cinahl og PubMed præsenteret i bilag 2.

I vores eksplorative litteratursøgning blev vi opmærksom på, at *"Greenland"* er et almindeligt efternavn blandt forfattere, samt at der findes en forskningsmetode inden for epidemiologi og biostatistik med navn *"Greenland og Longnecker".* Bibliotekaren gjorde os opmærksom på søgefunktionen, hvor søgeordet skal indgå i titel/abstract. Denne søgefunktion valgte vi at anvende bag *"Greenland",* for at vi manuelt kunne screene for, hvorvidt et studie havde relevans, eller om studiet fremkom i søgningen pga. efternavn eller forskningsmetode.

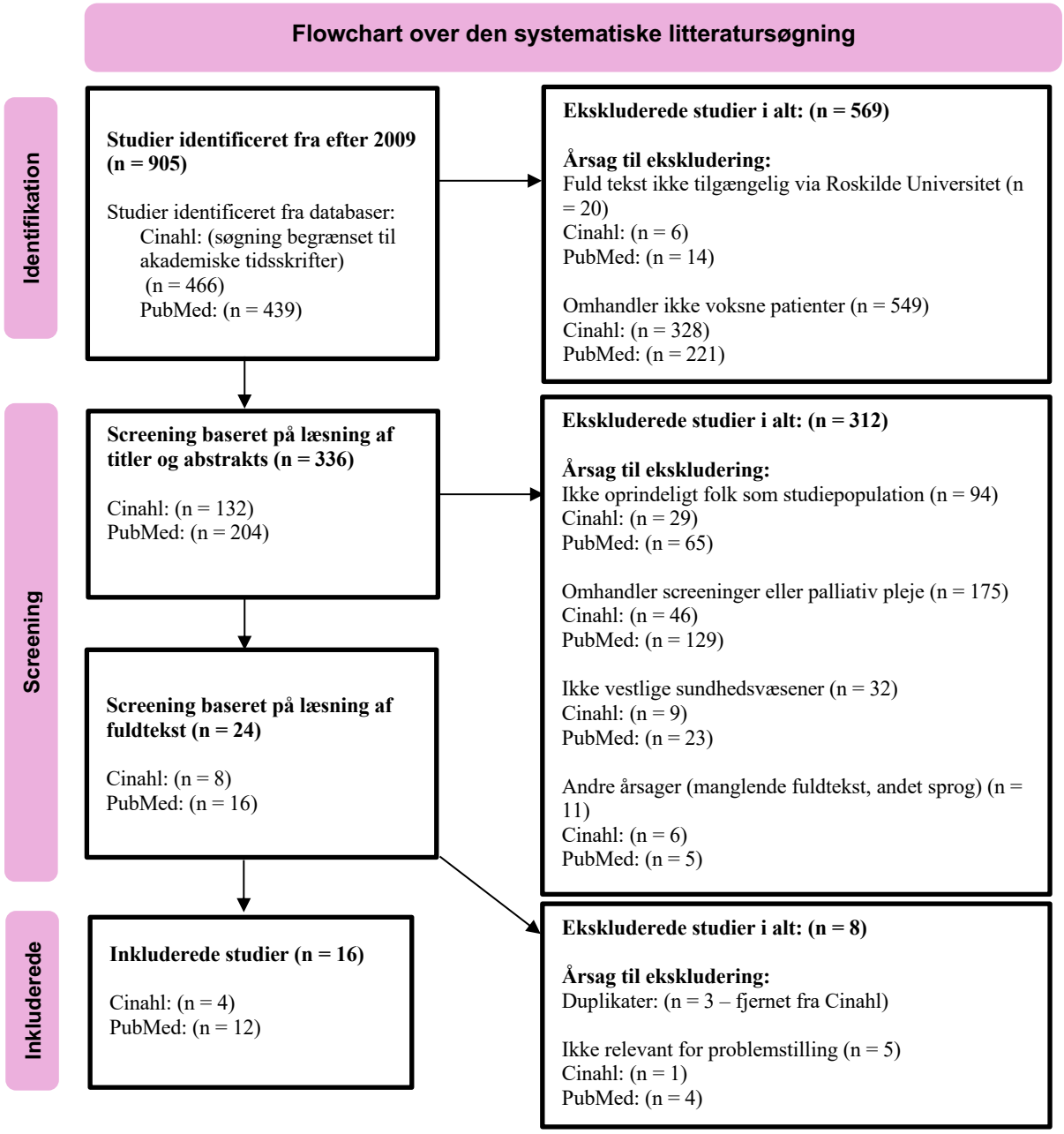
I forbindelse med vores systematiske litteratursøgning havde vi på forhånd udformet nogle inklusions-og eksklusionskriterier til vores søgning (se tabel 2). Dette var for at sikre en systematisk udvælgelse af relevante studier. Vi valgte at afgrænse vores søgning til kun at inkludere studier efter 2009, da Grønland fik selvstyre i 2009. Denne afgræsning valgte vi, da selvstyret markerede et centralt skift i Grønlands politiske status, hvilket kan have væsentlig betydning for sundhedspolitik og behandlingssystemet (Statsministeriet, 2009). Ydermere begrænsede vi søgningen ved kun at inkludere akademiske tidsskrifter, dermed ekskluderede vi litteratur som ikke er peer-reviewed, fx ph.d.-afhandlinger.

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Studier der afrapporterer: • Voksne patienter (+18 år) • Oprindelige befolkninger • Patienter med geografisk stor afstand til sundhedsydelser • Studier efter 2009 • Fuld tekst tilgængelig via Roskilde Universitet • Akademiske tidsskrifter	Studier der afrapporterer: • Kun kliniske og ikke omfatter sociale eller psykologiske aspekter • Andre sprog end; dansk, engelsk og norsk • Screeninger for cancer

Tabel 2 – In- og eksklusionskriterier for den systematiske litteratursøgning

Litteratursøgningen resulterede i 132 fremsøgte studier i Cinahl og 204 i PubMed. Vi screenede efterfølgende i fællesskab de fremsøgte studier, og identificerede studierne for vores in- og eksklusionskriterier på titel-og abstractniveau. Dette resulterede i henholdsvis 8 relevante studier fra Cinahl og 16 relevante studier fra PubMed. Efterfølgende foretog vi en individuelt fuldtekstlæsning af de udvalgte studier. Opstod der usikkerhed i forhold til, hvorvidt et studie skulle in- eller ekskluderes, diskuterede vi dette for at tage en beslutning i fællesskab. Screeningen resulterede i syv relevante studier fra Cinahl samt 12 relevante studier fra PubMed. Vi ekskluderede tre studier, som var duplikater i de to databaser. Vi endte derfor med at inddrage fire relevante studier fra Cinahl og 12 relevante studier fra PubMed. For at sikre transparens i screeningsprocessen har vi sammenfattet et flowchart, som er præsenteret i tabel 3 nedenfor.

Alle inddragede studier er vurderet ud fra det relevante CASP-vurderingsredskab (Critical Appraisal Skills Programme, 2025). CASP blev anvendt til at vurdere kvaliteten af de enkelte studier, for at sikre at de inddragede studier var gennemført af tilfredsstillende og valid karakter. Ingen af de inddragede studier blev ekskluderet på baggrund af CASP-vurdering.



Tabel 3 – Flowchart over den systematiske litteratursøgning

Der er i alt inkluderet 16 forskningsstudier til at belyse specialets problemstilling i en videnskabelig kontekst. I bilag 3 fremgår en detaljeret oversigt over de inkluderede studier.

6. Metode

I det følgende afsnit vil videnskabsteoretiske overvejelser og det anvendte metodedesign i specialet blive præsenteret.

6.1. Videnskabsteoretiske overvejelser

Med udgangspunkt i specialets problemformulering ønskes det, at undersøge grønlandske patienternes oplevelser, når de gennemgår et onkologisk behandlingsforløb i det danske sundhedsvæsen. Af denne årsag har vi valgt at tage afsæt i den humanvidenskabelige tradition, som har interesse i den enkeltes livsverden, tanker, følelser og handlinger (Christensen og Svendsen, 2021). En kvalitativ tilgang ud fra et fænomenologisk-hermeneutisk perspektiv vil være grundlaget for specialet.

I den kvalitative forskning interesserer man sig for hvordan noget opleves, gøres, fremtræder og siges. I de hermeneutiske- og fænomenologiske tilgange er fokus på beskrivelse og fortolkning af meningsindholdet ligeledes centralt. Af samme årsag vil den kvalitative forsker forholde sig åbent til det fænomen, der undersøges, og herved gøre det muligt for deltagerne at dele nuancerede beskrivelser af deres oplevelser og erfaringer (Brinkmann og Tanggaard, 2020).

6.1.1. Fænomenologi

Fænomenologi betyder ”*videnskab om fænomenerne”,* og har til formål at undersøge hvordan noget fremkommer for vores bevidsthed. Fænomenologiens grundlægger, Edmund Husserl, mener, at dette gøres ved at møde fænomenerne med et fordomsfrit og åbent sind, for at fænomenerne på denne måde kan træde frem (Zahavi, 2019).

Ifølge Husserl er ”*livsverden”* den verden, vi lever i, som vi dagligt tager for givet, og som går forud for alle forklaringer og teoretiske definitioner. I fænomenologien er man interesseret i, hvordan noget opleves i den enkeltes livsverden - uden at søge efter forklaringer eller universelle sandheder. I stedet ønskes ”*indefra-oplevelser”* fra den enkeltes livsverden, og de levede erfaringer er udgangspunktet for fænomenologisk forskning. Dette hænger tæt sammen med Husserls argument om, at mennesker bør beskrives (Damsgaard, 2019).

I den fænomenologisk tilgang er det essentielt, at man tøjler sine fordomme og tidligere erfaringer, når det ønskes at undersøge et givent fænomen. Ud fra et ønske om at undgå at forforståelse bliver konkluderende for det undersøgte fænomen, må man som forsker sætte sin forforståelse i parentes - Husserl kalder dette for ”*epoche”* (Zahavi, 2019).

6.1.2. Hermeneutik

I hermeneutikken er forforståelse et ontologisk grundelement samt en forudsætning for ny forståelse. Fra et hermeneutisk perspektiv stiler man ikke efter en endegyldige sandhed, idet forståelse konstant vil forandres som følge af, at nye erfaringer og erkendelser kommer til. Dette tydeliggøres i den hermeneutiske cirkel, som beskriver hvordan forståelse konstant vil kunne udvikle sig qua en vekselvirkning mellem forståelse af enkelte dele og forståelse af helheden. Samtidig vil verden forstås forskelligt afhængigt af den enkeltes fordomme og erfaringer, hvilket vil have betydning for den enkeltes måde at handle, forstå og være i verden på (Højbjerg, 2018).

Hans-Georg Gadamer kalder dette individets ”*forståelseshorisont”*, og anser den enkeltes forforståelse som en betingelse for al forståelse af et givent fænomen. Interaktion mellem mennesker muliggør at møde og udfordre forståelseshorisonter, hvorpå der ved fortolkning kan opstå en horisontsammensmeltning. Det vil kunne føre til udvidelse af ens forståelseshorisont, samt give mulighed for at forstå tingene på en dybere måde ud fra en ny erkendelse. Førnævnte kræver dog, at man er bevidst om ens forforståelse, og aktivt bringer den i spil i mødet med den genstand, man ønsker at forstå (Højbjerg, 2018). Dette adskiller sig fra fænomenologien, hvor ønsket, som beskrevet ovenfor, er at tøjle sin forforståelse. Hermeneutikken adskiller sig også fra fænomenologien ved at understrege, at vi bør forstå mennesket frem for at beskrive det (Damsgaard, 2019).

Da vi begge har erfaring med den grønlandske patientgruppe, bringer vi en forforståelse med os, der bygger på tidligere erfaringer og fordomme inden for området. Vi er bevidste om dette, og er af den overbevisning, at det ikke er hverken muligt eller fordrende at distancere os fuldstændigt fra dem. Set fra et hermeneutisk perspektiv er forskeren en aktiv medskaber af forskningsmaterialet (Christensen og Svendsen, 2021), hvorfor vi vil bringe vores forforståelse med i udarbejdelsen af specialet for at skabe en dybere forståelse af emnet.

6.2. Ricoeurs fortolkningsfilosofi

Den teoretiske ramme for dette speciale er med afsæt i den franske filosof Paul Ricoeurs fortolkningsfilosofi, som præsenteres i det følgende afsnit.

Ricoeur havde en fænomenologisk-hermeneutisk tilgang, hvor han forenede fænomenologiens interesse i den enkeltes livsverden og hermeneutikkens fortolkning. Husserl og Heidegger inspirerede Ricoeur inden for fænomenologien, og Ricoeurs hermeneutiske inspiration kom fra Gadamer. Ricoeur anså mennesket som værende et fortolkende væsen, og han mente, at vi både bør beskrive, forstå og forklare mennesket. Ifølge Ricoeur forstår mennesket sig selv og den omkringliggende verden gennem relationer med andre. Fællesskabet har derfor en afgørende betydning for den menneskelige eksistens. Sproget er en væsentlig del af interaktionen mellem mennesker, og muliggør det for mennesket at beskrive og dele oplevelser af "*være-i-verden*" gennem fortælling (Ricoeur, 1979).

Ricoeur mente, at når man skriver det sagte ned, så frigøres fortællingen fra den kontekst, hvor fortællingen er fortalt. Meningen i det fortalte bliver hermed løsrevet fra begivenheden, hvilket giver en produktiv distancering fra konteksten. Distanceringen tillader ligeledes meningen i teksten at blive tilgængelig for alle, og ikke blot til den oprindelige modtager (Ricoeur, 1979, 2002).

Ricoeur mente, at fortællinger indeholder en overskydende mening, som ikke kan findes blot ved at læse teksten. For at kunne opnå yderlig forståelse af teksten, kræver det, at man må gå omvejen over fortolkning. Ricoeur understreger, at fortolkning af en tekst altid vil dannes på baggrund af fortolkerens eksisterende forståelse af en given sag - hvilket i hermeneutikken omtales som "*forforståelse*". Det betyder, at en tekst aldrig blot vil have én mening. Af samme årsag vil ingen forståelse eller fortolkning være endelig, omend nogle vil være mere sandsynlige end andre. Ricoeur anser derfor også den hermeneutiske cirkel som en hermeneutisk spiral, da der altid vil være mulighed for en ny fortolkning (Ricoeur, 2002).

Ifølge Ricoeur vil en indledende forståelse af en teksts mening bygge på en naiv opfattelse af teksten som helhed. En efterfølgende strukturel analyse søger at forklare og understøtte denne forståelse. Læseren vil derfor pendulere mellem forklaring og forståelse af teksten, for at kunne opnå en dybere fortolkning af tekstens mening. Ricoeur anså hermed

tekstfortolkning som en dialektisk bevægelse mellem forståelse og underbyggende forklaring. Ved en udførlig fortolkning vil der ifølge Ricoeur opstå mulighed for at udvikle sin forståelse ved at gå fra at undersøge, hvad teksten siger, og til at opdage, hvad teksten taler om. Det er derfor afgørende, at man som læser kan åbne sig for nye forståelser. Formålet med fortolkningen er derfor ikke at afsløre en skjult hensigt i teksten. Derimod er formålet, at opdage og udfolde hvad der ligger *foran* teksten - med andre ord hvilken verden, det åbner for, når læserens forståelse af en given sag påvirkes af teksten (Ricoeur, 1979, 2002).

I specialet er Ricoeurs fortolkningsfilosofi oplagt at anvende for at blive klogere på grønlandske patienters oplevelser af "*være-i-verden"* under et onkologisk behandlingsforløb i Danmark. Vi har anvendt Simonÿ og Dreyers fortolkningsmetode (Simonÿ og Dreyer, 2019), som er inspireret af Ricoeurs filosofi, for at kunne undersøge dette i praksis. Fortolkningsmetode vil blive udfoldet i specialets analyseafsnit.

6.3. Design

I følgende afsnit vil specialets undersøgelsesdesign, semistrukturerede individuelle interview, blive præsenteret. Afsnittet vil yderligere indeholde gennemgang af interviewguide, informanter samt rekruttering heraf, optagelse af interviewene samt transskribering. Slutteligt i afsnittet vil de etiske og juridiske overvejelser blive præsenteret.

6.3.1. Semistruktureret individuelle interviews

Individuelle semistrukturerede forskningsinterview er benyttet som empirisk undersøgelsesmetode i dette speciale. Det semistrukturerede interview er et sammenspil mellem intervieweren, der stiller allerede planlagte spørgsmål, og informanten, som besvarer disse. Undervejs i interviewet vil der potentielt opstå nye spørgsmål, som det semistrukturerede interview giver plads til at forfølge (Tanggaard og Brinkmann, 2020).

Metoden er et oplagt valg til udfoldelse af fænomener, som knytter sig til informantens erfaringer, oplevelser og holdninger, samtidig med der ønskes at have fokus på at afdække bestemte temaer inden for emnet (Kvale og Brinkmann, 2015). Forskningsinterviews kan ligeledes belyse sproglige-, relationelle- og narrative områder, ud fra et ønske om at lade informanten sætte ord på deres egne oplevelser. Ved interview er det muligt at få adgang til viden om den enkeltes livsverden, hvilken er den umiddelbare verden, der fremtræder

for den enkelte forud for refleksion over verden (Tanggaard og Brinkmann, 2020). Som tidligere nævnt betragtede Ricoeur ligeledes det fortalte som et bidrag til at forstå den enkeltes oplevelse af "*være-i-verden*" (Ricoeur, 1979). I dette speciale ønsker vi at skabe plads til den grønlandske patients oplevelser med at modtage onkologisk behandling i det danske sundhedsvæsen. Af denne årsag finder vi førnævnte metode oplagt til at undersøge problemstillingen med grønlandske patienter som informanter.

Jævnfør Kvale og Brinkmann (2015) er det essentielt at have kendskab til de pågældende kulturer, når interviews foretages på tværs af kulturer. Det er især vigtigt at have kendskab til verbale og nonverbale faktorer, som kan påvirke informantens udsagn. Begge specialets forfattere har kendskab til den grønlandske kultur. I Grønland er det fx normal kutyme, at man i samtaler udtrykker sig mere kropsligt - særligt i form af ansigtsmimik (Vestergaard-Jessen, 2017). Hvis der anvendes tolk under interviewene, er det ligeledes essentielt, at tolken både er sprogligt og kulturelt kompetent (Kvale og Brinkmann, 2015). I vores interviews blev tolkning varetaget af en grønlandsk tolk fra DGP, som besidder kendskab til den grønlandske kultur.

6.3.2. Interviewguide

Forud for de semistrukturerede interviews udarbejdede vi en interviewguide, denne kan ses i bilag 4. I semistrukturerede interviews kan interviewguiden bestå af en række emner, som ønskes berørt under interviewet (Kvale og Brinkmann, 2015). At have en bred forståelse af det felt man undersøger, er et vigtigt skridt i undersøgelsesprocessen forud for interviewene - samtidig må der holdes et åbent sind for eventuelle andre betydningsfulde perspektiver, der kan dukke op undervejs i interviewene (Tanggaard og Brinkmann, 2020).

Vores forudgående forståelse inden for feltet jf. afsnit 1.2 samt vores litteratursøgning forud for empiriindsamlingen dannede grundlaget for interviewguiden. Litteratursøgningen viste, at bl.a. sprog, lange rejser for at få adgang til sundhedsvæsenet samt mangel på tilstedeværelse af pårørende havde betydning for andre oprindelige befolkninger i sammenhæng med onkologiske behandlingsforløb (Shahid *et al.*, 2016; Bernardes *et al.*, 2019; Huot *et al.*, 2019; Anderson *et al.*, 2021). Denne teoretiske viden inddrog vi i vores interviewguide, samtidig med at vi reflekterede over, at grønlandske patienter ikke nødvendigvis har

samme oplevelser. Derfor måtte vi forholde os åbne for, hvad patienterne fortalte undervejs i vores interviews.

Vores interviewguide bestod af forskningsspørgsmål, som vi i dette speciale ønsker at besvare. Disse kan dog ikke stilles direkte til informanten, hvorfor vi i stedet anvendte interviewspørgsmål til at lede interviewene. Vi valgte at opbygge vores interviewguide ud fra en kort indledning omhandlende vores speciale. Efterfølgende bestod interviewguiden af demografiske spørgsmål omhandlende patienten, dernæst fulgte en række spørgsmål om patientens onkologiske forløb. Den resterende del af interviewguiden opbyggede vi efter to emner, som vi ønskede skulle belyses i interviewene. Disse emner omfattede; ”*at rejse til det danske sundhedsvæsen for at modtage onkologisk behandling”* og ”*pårørendes tilstedeværelse eller manglende tilstedeværelse under behandlingsforløbet”*. Vi benyttede os ligeledes af hjælpespørgsmål såsom, “*kan du fortælle mere om…*”, som kan få informanten til at uddybe relevante dimensioner af sin fortælling (Tanggaard og Brinkmann, 2020). Slutteligt i interviewguiden blev patienterne ligeledes spurgt, om de fandt andre emner betydningsfulde, som vi endnu ikke havde belyst undervejs i interviewene.

Vi er bevidste om, at interviewguiden er ganske lang. Dette blev gjort på baggrund af vores praksiserfaring om, at patientgruppen ikke altid har mange ord, og at vi ønskede at sikre, at vi fik afdækket flere aspekter af at være grønlandsk patient under et onkologisk behandlingsforløb i det danske sundhedsvæsen. Flere af spørgsmålene kan til dels dække over hinanden, men dette er for, at patienterne forhåbentligt kan komme i dybden med sine besvarelser. Da interviewene er semistrukturerede, er der plads til, at interviewguiden ikke følges slavisk. Førnævnte medvirker til, at patienterne kunne bringe emner ind undervejs, som vi ikke allerede havde berørt, og intervieweren kunne forfølge disse perspektiver for at få uddybet patienternes udsagn.

6.3.3. Informanter

I forbindelse med at rekruttere informanter til vores speciale kontaktede vi udviklingssygeplejersken på DGP. Hun var behjælpelig med at sætte os i kontakt med grønlandske patienter, som kunne have interesse i at deltage i vores interviews. Vi udarbejdede et informationsbrev omhandlende vores speciale på dansk og grønlandsk (bilag 5), som udviklingssygeplejersken kunne videregive til interesserede patienter. Vi havde på forhånd informeret

udviklingssygeplejersken om in- og eksklusionskriterier, som er præsenteret i tabel 4.

Et inklusionskriterium for deltagelse var en cancerdiagnose - dog skelnes der ikke mellem forskellige cancerdiagnoser, da det ikke var muligt at rekruttere tilstrækkeligt med informanter inden for én diagnose.

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
• Voksne (+18) inuit patienter • Bosat i Grønland • Indlogeret på Det Grønlandske Patienthjem • Diagnosticeret med en cancersygdom • Aktivt onkologisk behandlingsforløb i Danmark • Dansk- eller grønlandsk talende	• Patienter, i kontrolforløb for en cancerdiagnose i Danmark

Tabel 4 - In- og eksklusionskriterier for informanter

Udviklingssygeplejersken rekrutterede på denne baggrund seks patienter. Ingen af de adspurgte patienter takkede nej til deltagelse. To patienter talte ikke dansk, hvorfor der blev anvendt en tolk til disse interviews. Tolken, som deltog i interviewene, er som tidligere nævnt ansat som tolkende personale på DGP. Patienterne havde aktuelt befundet sig i Danmark mellem fem dage og seks måneder i forbindelse med deres nuværende behandlingsforløb. Kun to af patienterne var i Danmark for at modtage behandling for første gang. Patienterne er præsenteret i en demografisk informantoversigt, som vist i tabel 5 nedenfor.

Informantoversigt						
	ID-1	**ID-2**	**ID-3**	**ID-4**	**ID-5**	**ID-6**
Køn	Kvinde	Kvinde	Mand	Mand	Mand	Mand
Alder	69 år	68 år	26 år	62 år	66 år	67 år
Diagnose	Colon cancer	Mamma cancer	Testis cancer	Glandulae salivariae cancer	Pulmonis cancer	Renis cancer
Behandlingstype	Immunterapi	Kirurgi	Kemoterapi	Stråle- og kemoterapi	Kirurgi, stråle- og kemoterapi	Kemoterapi
Tidligere ophold i Danmark (til behandling)	11	0	0	4	1	15
Varighed af nuværende ophold i Danmark (til behandling)	3 måneder	3 uger	1,5 måned	6 måneder	2 måneder	5 dage
Tolkebehov	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej

Tabel 5 - Informantoversigt

I den kvalitative forskning tilstræbes det, at belyse det undersøgte fænomens kompleksitet ud fra så mangfoldige og varierede beskrivelser som muligt. Der er derfor fokus på dybdegående fortællinger fra et begrænset antal informanter (Kvale og Brinkmann, 2015). Af denne årsag accepterede vi seks patienter, som informanter til vores speciale.

Empiriindsamlingen fandt sted på DGP i marts 2025, interviewene foregik over to dage. Under interviewene var det patienten, evt. tolk, samt begge specialeforfattere, der var til stede i et mødelokale, som DGP havde stillet til rådighed. Den ene specialeforfatter var interviewer, og den anden specialeforfatter bidrog løbende med supplerende spørgsmål. Specialeforfatterne kommer med forskellige erfaringer fra hhv. onkologisk afdeling og fra

DGP, hvorfor vi hver især havde relevante supplerende spørgsmål ud fra egen praksis. Rollefordelingen mellem hovedinterviewer og supplerende interviewer gik på skift mellem forfatterne i hvert af interviewene.

6.3.4. Optagelse af interviews og transskribering

Transskribering af sin empiri bidrager til, at man som forsker får en dybere forståelse af sit materiale (Tanggaard og Brinkmann, 2020). Ricoeur hævder ligeledes, at ved transskribering frigøres tekstens mening fra samtalens kontekst, og at det på denne måde bliver muligt at lave en dybere fortolkning (Ricoeur, 1979). Vi valgte derfor at transskribere alle seks interviews, som var lydoptaget. De seks interviews varede mellem 35 til 57 minutter, og svarede til 41 normalsider. Forfatterne til specialet transskriberede henholdsvis tre interviews hver. Lydoptagelserne blev slettet efter transskribering af materialet.

Et interview kan indeholde sårbar information, hvorfor informanten skal anonymiseres i transskriberinger (Kvale og Brinkmann, 2015). For at anonymisere patienterne i vores empiri kaldte vi dem henholdsvis: ID-1, ID-2, ID-3, ID-4, ID-5 og ID-6. Inden påbegyndelsen af transskriberingen aftalte forfatterne at inkludere gestikulationer fra patienten som fx "*øh*" og "*hmm*". Disse gestikulationer kan medvirke til at underbygge meningen af det sagte, i form af at det kræver tid for informanten at tilkendegive sit svar (Tanggaard og Brinkmann, 2020).

6.3.5. Etiske og juridiske overvejelser

For at sikre etisk og juridiske korrekt gennemførelse af interviewene skulle alle patienter underskrive en samtykkeerklæring, se bilag 6. Samtykkeerklæringen blev udarbejdet for at give patienterne en klar forståelse af, hvad specialets formål var, samt hvilke rettigheder patienterne besidder. Patienterne blev ligeledes informeret om, at al deltagelse var frivilligt, samt at de til en hver tid kunne trække sit samtykke tilbage. Patienterne blev ydermere informeret om, at vi, som sygeplejersker og studerende, er underlagt tavshedspligt (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2022). Derudover blev patienterne informeret om, at al interviewmateriale ville blive anonymiseret, og efterfølgende slettet, når specialet er blevet afleveret. Den danske samtykkeerklæring blev gennemgået mundtligt vha. tolk i de to tilfælde, hvor patienterne ikke var dansksproget.

I og med at nogle af patienterne havde et andet modersmål end dansk, blev vi nødsaget til at inddrage en tolk til at oversætte interviewene. Deltagerne blev informeret om, at tolken ligeledes er underlagt tavshedspligt (Udlændinge- og Integrationsministeriet, 2008). Anvendelsen af tolk sikrede ydermere, at der blev taget hensyn til kulturelle og sproglige forskelle mellem patienter og interviewer.

Specialet følger endvidere de etiske principper, som er beskrevet i Helsinki-deklarationen (World Medical Association, 2024). Deklarationen sikrer patienternes rettigheder og sikkerhed, herunder fortrolighed omkring patienternes personfølsomme data. De etiske overvejelser sikrede os et hensynsfuldt fundament for gennemførelsen af interviewene. Førnævnte bidrog, til at patienterne blev behandlet ligeværdigt og med respekt i alle interviewene.

7. Analyse

I dette afsnit foretages analysen ved brug af Simonÿ og Dreyers Ricoeur-inspirerede fortolkningsmetode. Fortolkningsmetoden er en dialektisk fortolkningsproces, som består af tre sammenhængende niveauer; naiv læsning, strukturanalyse samt kritisk fortolkning og diskussion (Simonÿ og Dreyer, 2019). Naiv læsning og strukturanalyse vil blive udfoldet i nedenstående afsnit, hvor fundne temaer vil blive præsenteret. Tredje niveau, den kritiske fortolkning og diskussion, vil fremgå i specialets diskussionsafsnit.

7.1. Naiv læsning

Den naive læsning er første niveau i analysen, hvor man forholder sig åbent til tekstmaterialet. Materialet gennemlæses flere gange for at få en generel forståelse af, hvad der siges i teksten som spontan helhed. I den naive læsning handler det om at gå fænomenologisk til værks jf. afsnit 6.1.1. Førnævnte gøres ved at læse den enkeltes oplevelse uden at fortolke (Simonÿ og Dreyer, 2019).

I vores naive læsning forholdte vi os åbne til interviewmaterialet, for at få en generel forståelse af grønlandske patienters oplevelser under et onkologisk behandlingsforløb i Danmark. Begge forfattere gennemlæste alle interviewene i udprintet version flere gange. Derefter drøftede vi i fællesskab vores indledende forståelse på tværs af interviewene. Vi var

bevidste om at lade vores forudgående forståelse træde i baggrunden, således at patienternes fortællinger talte for sig selv. Nedenfor præsenteres vores fælles indledende helhedsindtryk på baggrund af den naive læsning.

Den naive læsning:
Patienterne oplever at have haft lange og kaotiske udredningsforløb i Grønland i forbindelse med diagnosticering af deres cancersygdom. Patienterne beskriver, hvordan de har henvendt sig til det grønlandske sundhedsvæsen flere gange, før de bliver undersøgt for cancer og får stillet en diagnose. Patienterne ved, de skal rejse til Danmark for at få behandling - og at det er en nødvendighed for, at de kan få det bedre. De beskriver, at de føler sig heldige ved at modtage onkologisk behandling i det danske sundhedsvæsen, og er taknemmelige over at være i Danmark. De grønlandske patienter beskriver, at de har stor tiltro til de danske læger og det danske sundhedsvæsen. Patienterne beskriver ligeledes, at de ikke er bange for sygdommen. Patienter, der har behov for tolk i behandlingsforløbet i Danmark, fortæller, at de ofte vælger at benytte sig af pårørende som tolk. Dette er både pårørende, som er fysisk til stede i Danmark, men også pårørende, som befinder sig i Grønland, hvor tolkning foregår via telefon. Patienterne ser pårørende som den største støtte i behandlingsforløbet. Patienterne beskriver, at særligt de pårørendes tilstedeværelse betyder rigtig meget i starten af forløbet, samt i kritiske og akutte situationer. Det bliver tydeligt, at patienterne oplever, at økonomiske omkostninger har en betydning for, i hvilket omfang de kan have pårørende med til Danmark. Patienterne oplever et stort afsavn til pårørende, når de ikke kan være med under deres behandlingsforløb i det danske sundhedsvæsen. De beskriver, at det er svært at være væk fra hinanden, men at telefonsamtaler gør det muligt stadig at være i kontakt. Patienterne fortæller, at de savner grønlandsk mad under deres behandlingsforløb i Danmark. Patienterne beskriver, at de bruger fællesskabet til at støtte hinanden, og oplever derfor ikke at være ensomme i Danmark.

7.2. Strukturanalyse

I andet niveau foretages en systematisk strukturanalyse. Det undersøges, hvorvidt det indledende førstehåndsindtryk i den naive læsning kan forstås og forklares yderligere. Hermeneutikken, jf. afsnit 6.1.2, er en essentiel del af strukturanalysen, hvor ens forståelse aktivt må inddrages i takt med, at der skabes en dybere forståelse af tekstmaterialet. Strukturanalysen indeholder i sig selv tre trin; identifikation af meningsenheder, betydningsenheder og temaer. Indledningsvis identificeres meningsenheder ved gentagne gennemlæsninger af materialet. Meningsenhederne består af de konkrete udsagn fra teksten, og afspejler derfor, hvad teksten konkret siger. I andet trin anvender forskeren aktivt sin forudgående forståelse af emnet for at fortolke meningsenheder. Derved kan der opnås en dybere fortolkning af teksten. Dette trin kaldes for betydningsenheder, hvor man forholder sig, hvad teksten taler om. Ud fra identificerede menings- og betydningsenheder, udledes der i tredje trin endelige temaer, som samler fortolkningen af, ”*hvad teksten siger* ”og ”*hvad teksten taler om”* (Simonÿ og Dreyer, 2019).

På baggrund af den fælles drøftelse af den naive læsning foretog vi en ny, mere fokuseret gennemlæsning af interviewene. Vi startede igen individuelt, hvor vi anvendte tuscher til at overstrege meningsenheder for at fremhæve centrale passager i interviewene. Efterfølgende drøftede vi disse i fællesskab for at sikre enighed samt diskutere eventuelle uenigheder. Vi samlede meningsenheder i kategorier for at skabe et struktureret overblik over, hvad teksten konkret sagde. Her anvendte vi tuscher i forskellige farver på en ny udprintet version af interviewene. Vi inddrog herefter vores forudgående forståelse af emnet for at kunne identificere betydningsenheder på baggrund af en fortolkning af, hvad patienterne reelt talte om. Til sidst udledte vi temaer ud fra menings- og betydningsenhederne, som afspejlede patienternes centrale oplevelser under onkologiske behandlingsforløb i det danske sundhedsvæsen. Nedenstående tabel illustrerer, hvordan første tema i specialet “*rejsen mellem to sundhedsvæsner - med 4000 kilometers afstand*”, blev identificeret - bemærk dog, at ikke alle meningsenheder til temaet fremgår af tabellen**.**

Meningsenheder: (hvad siges der)	**Betydningsenhed:** (hvad tales der om)	**Tema:**
"Jeg har fra starten af slet ikke været spændt eller nervøs eller bange. Jeg tænkte fra starten, at det var helt i orden. At jeg skulle rejse herned [til Danmark]. For der er noget, der skal fjernes - noget der ikke er godt, der skal fjernes." (ID-2) *"Her i de sidste to-tre år har jeg haft ondt i min mave. Jeg har været nede hos lægen. Man bliver ikke sådan grundigere undersøgt (...). Den tid, de har sat af til at undersøge en patient på, den er jo næsten håbløs. Så.. Det er dét, man kan frygte. At øh. Sygdom spreder sig, og bare spreder sig uden at blive opdaget i tide. Det er det værste."* (ID-5) *"Man får god behandling, professionel, høj kvalitet. Det er ikke ligesom deroppe [i Grønland]. Man får virkelig god behandling, synes jeg. Det er jeg vældigt glad for. De har reddet mit liv."* (ID-5) *"De gør det rigtig godt. De hjælper rigtig meget. Øhm.. De fortæller alt. De spørger om alt. Ja.. Hvordan det går, og øhm.. ja, de der ting. I Grønland så er det sådan noget møg, man får. De er bare.. det skal forbedres i Grønland. Rigshospitalet skal til Grønland."* (ID-3)	Patienterne ser rejsen til det danske sundhedsvæsen som en selvfølge, og accepterer, at de er nødsaget til at rejse til Danmark for at modtage den rette onkologiske behandling. Tanker om at rejse til et nyt sundhedsvæsen fylder ikke for patienterne. Patienterne rejser fra Grønland med stor fortvivlelse og frustration over deres kaotiske forløb i det grønlandske sundhedsvæsen. De oplever mangelfulde behandlinger, unødvendig spredning af sygdom pga. langsom udredning samt fejldiagnoser. Patienterne oplever, at det er trygt at modtage behandling i det danske sundhedsvæsen.	Rejsen mellem to sundhedsvæsner - med 4000 kilometers afstand

Tabel 6 - Eksempel på fremkomst af tema ud fra strukturanalyse

Vi identificerede yderligere to andre temaer ved samme metode, som vil blive udfoldet nedenfor.

Temaer	
Tema 1	Rejsen mellem to sundhedsvæsner - med 4000 kilometers afstand
Tema 2	Pårørende som støtte - både tæt på og langt væk
Tema 3	Livet i to verdener: afsavnet til hverdagen i Grønland

Tabel 7 - Oversigt over identificerede temaer

7.3. Rejsen mellem to sundhedsvæsner - med 4000 kilometers afstand

I det følgende afsnit præsenteres temaet omhandlende at rejse fra det grønlandske sundhedsvæsen til det danske sundhedsvæsen for at modtage onkologisk behandling. Denne rejse er kontrastfyldt for patienterne, som både udtrykker accept, frustration og taknemmelighed.

Patienterne er bekendt med, at størstedelen af den onkologiske behandling foregår i det danske sundhedsvæsen - og ser derfor rejsen til Danmark som en nødvendig og naturlig del af deres sygdomsforløb. At skulle til Danmark er sjældent fremmed for patienterne, da flere har været i Danmark i forbindelse med uddannelse, ferie eller familiebesøg. Den grønlandske befolkning er vant til at lange afstande internt i Grønland, hvorfor en lang rejse ikke viser sig at afspejle noget komplet uvant for patienterne. Dette italesætter patienterne som et livsvilkår for at bo i Grønland. Af disse årsager accepterer patienterne at måtte rejse fra Grønland i en periode for at modtage behandling. Afhængigt af diagnose betyder det, at nogle patienter gentagne gange skal til Danmark, hvorfor disse rejser er blevet en normal del af deres hverdag med en cancersygdom. Rejsen giver ikke stor anledning til bekymring.

> *"Jeg har fra starten af slet ikke været spændt eller nervøs eller bange. Jeg tænkte fra starten, at det var helt i orden. At jeg skulle rejse herned [til Danmark]. For der er noget, der skal fjernes - noget der ikke er godt, der skal fjernes."* (ID-2)

Citatet afspejler den ro, som patienterne udtrykker ved rejsen til Danmark. Generelt er udsigten til, at rejsen vil føre til bedring af patienternes cancersygdom, en vigtig faktor i accepten af at måtte rejse fra Grønland. Flere patienter har forud for diagnosen været plaget af cancerrelaterede symptomer gennem en årrække, og udsigten til at behandlingen i Danmark kan mindske disse, er en stor lettelse. Patienterne har en opfattelse af, at behandlingsforløbet i Danmark vil forbedre deres tilstand, og udviser derfor en accept af den forestående behandling. Udover at acceptere både rejse og behandling, udviser patienterne også accept af at være diagnosticeret med cancer. Nogle patienter forholder sig rolige omkring diagnosen allerede fra begyndelsen af sygdomsforløbet, mens andre patienter oplever en løbende accept af sygdommen.

> *"Det der med at være.. øhm.. bange for sygdommen, den forsvandt jo godt og vel efter 2 år. Så det er ligesom hverdagsagtigt nu, man er ikke bange for den mere.*

> *(...) Jeg ved jo, jeg skal dø af den, så det bare et spørgsmål om tid. Det er sådan ikke noget, man er herre over. Jeg er kun glad for, jeg lever endnu"* (ID-6)

Nogle patienter oplever i begyndelsen af sygdomsforløbet at være chokeret og utrygge over for sygdommen, men når accepten af sygdommens prognose indtræder, oplever patienterne at være taknemmelige for stadig at være i live. Patienterne udviser en udpræget ro i forbindelse med deres sygdomsforløb, og udtrykker, at de lever fra dag til dag, og ikke ønsker at bekymre sig unødvendigt - heller ikke selvom døden potentielt venter rundt om hjørnet.

> *"(...) Og man måske kan finde en ro i sig selv. Så man ikke skal bekymre sig om at være ked af det, fordi man er syg af det der uhelbredelig sygdom. Man er nødt til at acceptere tingenes tilstand, selvom det er med en afstand på 4000 kilometer. Alting har en ende her i livet, og man må prøve at tage det med ro."* (ID-5)

Overordnet accept af den situation patienterne befinder sig i, er udbredt blandt patienterne. De giver udtryk for, at de hverken kan gøre til eller fra over for sygdomsforløbet, og at de derfor må forsøge at få det bedste ud af det. Forud for behandlingen i Danmark udtrykker patienterne stor kritik og utilfredshed med det grønlandske sundhedsvæsen. Patienternes oplevelser bærer præg af lange og kaotiske forløb, hvor det grønlandske sundhedsvæsen har forsikret dem om, at de ikke fejler noget alvorligt.

> *"Jamen det startede med, at øhm.. det gjorde ondt i min testikel, og så gik jeg til lægen. Også sagde de, at de tror, det er kønssygdom. Og så øhm, ja.. Gik der flere måneder. Jeg ved ikke, hvor mange gange, jeg har været til lægen. Jeg kan ikke engang huske det. Der skete ikke en skid. Kun til sidst, at jeg blev rigtig syg."* (ID-3)

Patienterne havde henvendt sig gentagne gange til sundhedsvæsenet i Grønland - uden at få den rette hjælp. Lange ventetider, utallige lægebesøg, fejldiagnoser, mangelfulde undersøgelser, sen diagnosticering samt spredning af sygdom har patienterne erfaret inden rejsen til det danske sundhedsvæsen. Patienterne udtrykker stor frustration, særligt over den sene diagnosticering, hvor patienterne bærer konsekvenserne, når sygdommen allerede har spredt sig, og prognosen derfor er dårligere. Nedenstående citat afspejler dette:

> *"Her i de sidste to-tre år har jeg haft ondt i min mave. Jeg har været nede hos lægen. Man bliver ikke sådan grundigere undersøgt (...). Den tid, de har sat af til at undersøge en patient på, den er jo næsten håbløs. Så.. Det er dét, man kan frygte.*

> *At øh. Sygdom spreder sig, og bare spreder sig uden at blive opdaget i tide. Det er det værste."* (ID-5)

De mange henvendelser til sundhedsvæsenet i Grønland bærer præg af, at patienterne ikke føler sig taget seriøst. Nogle patienter gik i flere år med symptomer, før sundhedsvæsenet startede udredningen for cancer. I denne periode fik sygdommen derfor lov til at sprede sig yderligere. Patienterne tegner et billede af, at det grønlandske sundhedsvæsen ikke formår at tilbyde tilfredsstillende sundhedsydelser til befolkningen. Patienterne omtaler generelt det grønlandske sundhedsvæsen som ét system, og udtrykker ikke kritik af enkelte ansatte. Patienterne skelner samtidig ikke tydeligt mellem de forskellige fagprofessioner - hvilket også gør sig gældende, når de taler om det danske sundhedsvæsen. Dog ændrer patienternes oplevelse af sundhedsvæsenet tydeligt karakter, når patienterne beskriver deres forløb i det danske sundhedsvæsen. Her oplever patienterne at have stor tiltro og tillid til personalet. Citatet afspejler dette:

> *"De gør det rigtig godt. De hjælper rigtig meget. Øhm.. De fortæller alt. De spørger om alt. Ja.. Hvordan det går, og øhm.. ja, de der ting. I Grønland så er det sådan noget møg, man får. De er bare.. det skal forbedres i Grønland. Rigshospitalet skal til Grønland."* (ID-3)

Patienterne føler sig generelt godt orienteret efter overgangen til det danske sundhedsvæsen, og oplever, at personalet engagerer sig i deres situation og stiller spørgsmål til deres forløb. Det er specielt værdifuldt for patienterne, at personalet informerer dem om alt omhandlende forløbet. Patienterne har stor respekt for det danske sundhedsvæsens kompetencer, hvilket står i stor kontrast til patienternes oplevelser af mangel på disse i det grønlandske sundhedsvæsen. Der er et direkte ønske om, at Rigshospitalet skal til Grønland, for at patienterne i eget land kan få den professionalisme, som de oplever i Danmark. Generelt udtrykker patienterne en stor tilfredshed og taknemmelighed over for det danske sundhedsvæsen.

> *"Man får god behandling, professionel, høj kvalitet. Det er ikke ligesom deroppe [i Grønland]. Man får virkelig god behandling, synes jeg. Det er jeg vældigt glad for. De har reddet mit liv."* (ID-5)

Udsagnet understreger den afgørende betydning, behandlingen i det danske sundhedsvæsen har haft for patientens overlevelse. Patienterne ser det som en livsforandrende faktor i

deres sygdomsforløb at modtage behandling i Danmark - også selvom sygdommen for nogle ikke længere kan helbredes. På trods af et travlt og fragmenteret dansk sundhedsvæsen, oplever de grønlandske patienter overordnet set tryghed og kontinuitet i deres behandlingsforløb:

> *"Dét, der er fantastisk, det er, at hele systemet, lige meget hvor mange læger, der er derovre [på Rigshospitalet], så åbner de en skærm, som fortæller lægerne, hvem jeg er. Så føler jeg.. øhm.. at alle kender mig. (...). Det gør mig tryg, og hvor er det dejligt at vide, der ikke kun er én læge, der ved, hvordan de skal behandle mig. Der er mange."* (ID-4)

Trods behandlingsforløb i et sundhedsvæsen langt væk hjemmefra, oplever patienterne at være i trygge hænder. Teknologien i sundhedsvæsenet bidrager til, at patienterne føler sig set som et individ, og at der hele tiden er styr på, hvad der skal foregå i deres behandlingsforløb. Dette er også selvom patienterne oplever, at der ikke altid er en fast læge tilknyttet deres forløb i Danmark. Stor personaleudskiftning er ikke ukendt for patienterne, der hjemme i Grønland er vant til et sundhedsvæsen bestående af personale i kortere vikariater. Det kan ud fra ovenstående citat pege på, at kontinuitet ikke kun handler om fast personale - men derimod også god kommunikation og et sundhedsvæsen udbygget ud fra klare strukturer og procedurer. Førnævnte bidrager til, at patienterne føler sig set og hørt under deres forløb.

En enkelt patient angav at have haft en ubehagelig oplevelse under en indlæggelse om natten, hvor patienten havde oplevet, at personalet ikke spurgte tilstrækkeligt ind til hendes velbefindende. Oplevelsen var dog enestående under interviewene, og patienten angav samtidig, at oplevelsen ikke afspejlede hendes generelle oplevelse af være under et onkologisk behandlingsforløb i det danske sundhedsvæsen.

Opsamlende viser temaet, at de grønlandske patienter uden stor bekymring accepterer rejsen til det danske sundhedsvæsen som et nødvendigt led i deres sygdomsforløb. Patienterne rejser fra et sundhedsvæsen i Grønland, hvor frustration fylder, til det danske sundhedsvæsen, hvor deres oplevelser primært bærer præg af taknemmelighed og tillid.

7.4. Pårørende som støtte - både tæt på og langt væk

I det følgende afsnit præsenteres temaet omhandlende pårørende. Pårørende og deres støtte har en stor betydning for grønlandske patienter under et onkologisk behandlingsforløb i Danmark. Dette er uanset, om det er med fysisk tilstedeværelse i Danmark eller med 4000 kilometers afstand. Alle patienterne i specialet har haft fysisk tilstedeværelse af pårørende på et tidspunkt under deres aktuelle behandlingsforløb i Danmark. Aktuelt befandt fem af patienterne sig uden fysisk tilstedeværelse af pårørende. De pårørende, der havde været i Danmark, bestod af ægtefæller, børn eller søskende.

Fysisk tilstedeværelse af pårørende viser sig at være en stor støtte for patienterne - særligt i den første tid af deres onkologiske behandling i Danmark. Denne tid er påvirket af patienternes kaotiske forløb i Grønland, hvorfor den første tid i det danske sundhedsvæsen bærer præg af barske beskeder og svære samtaler. Sygdommen viser sig for flere patienter at være mere kritisk end først antaget, hvorfor hurtig behandlingsstart er nødvendigt. Citatet afspejler dette:

> *"Da jeg så kommer herned [i Danmark], så øhm.. siger de så, at jeg har haft kræft meget længe, og den viste sig at være uhelbredelig, så det… Jeg har kun et halvt år tilbage at leve i. Man skal helst have familie med, når man får sådan en besked, og min kone var med mig heldigvis.*" (ID-6)

Patienterne giver tydeligt udtryk for, at de livsomvæltende beskeder, som de konfronteres med i Danmark, kræver støtte fra en nær pårørende. Den omsorg, trøst og nærhed patienterne har brug for i disse situationer, kan sundhedspersonalet ikke nødvendigvis yde gennem faglig støtte. Det kræver i stedet pårørende, som kender patienten særligt godt, fx en partner. Udover de pårørendes psykiske støtte til patienterne, viser det sig også, at de er en vigtig praktisk støtte. Patienterne oplever det som en stor hjælp, at pårørende hjælper med daglige gøremål, når patienterne er afkræftet ovenpå en både psykisk og fysisk hård behandling.

> *"I min svageste stund. Alle de der sårbare stunder. Det giver enorm trøst, at hun var her, og ved siden af mig. Lidt over to måneder var hun her. Hun var jo min husassistent på en måde. Det har været godt. Det er jeg rigtig glad for.*" (ID-5)

Citatet understreger den dybe følelsesmæssige betydning af at have en nærtstående pårørende ved sin side under sårbare situationer. At have en man kender og stoler på i særligt sårbare situationer, er altafgørende for patienterne i starten af deres onkologiske forløb. For nogle patienter er den fysiske tilstedeværelse af pårørende samtidig en stor sproglig støtte, når de modtager behandling i et land, hvor de ikke nødvendigvis taler samme sprog. Her er de pårørende et vigtigt bindeled mellem ikke-dansktalende patienter og sundhedspersonalet, hvilket patienterne oplever som en tryghed. Patienter finder tryghed i at pårørende hjælper med at udtrykke patienternes spørgsmål og behov.

> "*Jeg er meget knyttet til min datter, som var med mig i Danmark i starten. Hun var med mig så tæt på. Hun var også min tolk den første tid, og det var rigtig godt. Jeg har været meget taknemmelig for det. Min datter har været så tæt på mig, at hun selv var med helt inde, hvor jeg skulle opereres… Det har betydet alt."* (ID-2)

Selvom pårørende viser sig at have stor værdi for patienterne under deres behandlingsforløb, er det ikke alle patienter, der har mulighed for at have pårørende med sig til Danmark. Nogle patienter har pårørende bosat i Danmark, og finder en støtte i at kunne få besøg af dem under deres behandlingsforløb - også selvom det ikke er patienternes nærmeste pårørende. Dog oplever patienterne, at pårørende bosat i Danmark ikke gør tilstrækkeligt op for den store belastning det er, at være adskilt fra sine nærmeste pårørende i Grønland i den svære tid. Det er svært at håndtere sygdommen, når man ikke har sine nærmeste til at give trøst, praktisk hjælp eller blot være til stede som en påmindelse om det, man kender og elsker.

Der forekommer en ulighed i hvem af patienterne, der har mulighed for fysisk tilstedeværelse af pårørende - og patienterne oplever det ikke altid som en selvfølge at kunne ledsages af pårørende. Det grønlandske sundhedsvæsen dækker kun i kritiske- og akutte tilfælde rejser og udgifter for pårørende - og ofte kun for en kortere periode. Hvis dette ikke er tilfældet skal patienter selv betale for sine pårørende, eller få økonomisk tilskud fra forsikringer eller fagforeninger. Dette var for flere af patienterne adgangen til at få pårørende med til Danmark.

> *"Vi har fået nogle penge, øøhhh.. Pengehjælp fra vores fagforening. Det er betalingen til min families rejse, og at de kan bo her [i Danmark]. Det er ikke alle her [på DGP], der har den mulighed. Øhh, dem der kommer ude fra yderdistrikterne, hvor*

> *de lever af fangst og fiskeri, så er de jo ikke forsikret. De har det hårdt, sådan økonomisk trængte."* (ID-5)

Rejsen fra Grønland til Danmark er dyr, hvorfor ikke alle grønlandske familier har råd til at finansiere denne rejse - et faktum som patienterne er bevidste om. Private forsikringer og medlemskaber i fagforeninger er ligeledes en økonomisk omkostning, som ikke alle grønlandske patienter har råd til. Dette ærgrer flere patienter sig over på bagkant af deres sygdomsforløb, da de af denne årsag aktuelt befinder sig uden fysisk tilstedeværelse af deres pårørende. Der er en uvished blandt patienterne om, hvorfor nogle patienter har pårørende med til Danmark - om det skyldes finansiering fra det grønlandske sundhedsvæsen, eller om der er tale om egenbetaling. Uligheden i hvilke patienter, der har mulighed for at have deres pårørende med, afføder forskellige følelser hos patienterne, som oplever ærgrelse, afsavn og jalousi. Nedenstående citat afspejler dette:

> "*Åhh, [siger grønlandsk ord], jeg.. øhm.. har været jaloux. [Pause]... De har nok været værre end mig. Det er ikke sjovt, for jalousi, den må ikke være der, når man er syg. Den skal ikke være der*" (ID-1)

Det er en følelsesmæssig byrde for patienterne at opleve jalousi som følge af ulighed i pårørendes fysiske tilstedeværelse, og det forværrer den udfordrende virkelighed, som patienterne befinder sig i. Teknologien afhjælper det afsavn, som patienterne oplever, når der er 4000 kilometers afstand til pårørende. Patienterne oplever, at fx telefon- og videoopkald bidrager til, at de føler sig forbundet med dem de elsker, og en stemme i røret kan give styrke, trøst samt mindske afsavnet. Teknologien bevirker, at patienterne oplever, at pårørende er en aktiv del af deres behandlingsforløb og hverdag i Danmark - trods stor geografisk afstand. Daglige telefonsamtaler og løbende opdateringer efter lægesamtaler bidrager til at skabe en forbundethed mellem patient og pårørende. Dette påvirker også, at pårørende i højere grad har mulighed for at støtte patienterne i forløbet.

> *"Det er rigtig rigtig hårdt at være alene. Jeg har min mand og to sønner. De vil meget gerne følge med, følge med i min, vores sygdom. Selvom vi er langt fra hinanden, så følges de med mig. På øhm telefonen, øhm FaceTime"* (ID-1)

Patienterne kan opleve ikke at være alene med sin sygdom, når pårørende hjemmefra kan involveres via telefonen. Den tunge byrde af at bære sygdommen alene på sine skuldre, kan samtidig mindskes ved, at sygdommen bliver fælles. Patienter, uden dansksproglige

kompetencer, benytter ligeledes telefon til at medbringe dansktalende pårørende digitalt til aftaler på hospitalet. Det giver også mulighed for, at de pårørende fungerer som tolk, når patienterne befinder sig i en situation, hvor det ikke er muligt at få adgang til en tolk i sundhedsvæsenet. På denne måde kan pårørende hjemme i Grønland stadig opleve, at de kan være til hjælp for patienten trods manglende fysisk tilstedeværelse.

> *"Selvom tidsforskellen har været stor så øhm, så har jeg været nødsaget til at bruge min kone som tolk. Min kone siger: "om det er midt om natten, så tolker jeg gerne". Det betyder meget. Vi snakker sammen hver dag."* (ID-4)

Det er ikke kun patienterne, der savner sine pårørende hjemmefra - også de pårørende oplever afsavn til patienterne, når de befinder sig i Danmark for at modtage onkologisk behandling. Patienterne føler sig magtesløse, når de oplever, at adskillelsen også er hård for deres pårørende hjemme i Grønland. Samtidig er patienterne velvidende om, at de er nødsaget til at være i Danmark for at modtage behandling. Denne situation er svær for patienterne at navigere i, når de står i en position mellem gensidigt afsavn og nødvendig onkologisk behandling.

> *"De er begyndt at spørge 'hvornår skal du hjem Ana?' [mor på grønlandsk] Det er svært"* (ID-1)

Citatet understøtter den ambivalens, som patienterne kan opleve på baggrund af den geografiske adskillelse fra deres pårørende. Ligeledes kan tanker om død føre til følelsen af skyld hos patienterne, da patienterne ikke kan give den fysiske kærlighed til deres pårørende, som de måske ønsker i den sidste tid. For nogle patienter fylder tanker om deres pårørende derhjemme mere end patientens egen psykiske tilstand. Disse tanker skaber et endnu større afsavn til pårørende, og patienterne oplever et større ønske om at være samlet med dem, som de elsker. Nedenstående citat afspejler dette:

> *"Det er hårdt, når jeg har nogle teenagedrenge. Den næstyngste tog det ret hårdt. Jeg klarer mig, men det er mere svært for dem, jeg forlod. Lige sådan med døden. Hvis jeg går hen og dør, så har jeg ikke ondt af mig selv. Men når jeg kommer til at tænke på alle de der unge mennesker, som bliver rigtig kede af det øhm det er hårdt"* (ID-5)

Opsamlende kan det siges, at pårørende er en stor støtte under patienternes onkologiske behandlingsforløb i Danmark - uanset om de er fysisk til stede eller på afstand. Adskillelse fra pårørende skaber dog et stort afsavn hos patienterne.

7.5. Livet i to verdener: afsavnet til hverdagen i Grønland

I følgende afsnit præsenteres analysens sidste tema om at befinde sig i en ny hverdag i Danmark. Afsavnet til hverdagen i Grønland optager patienterne. Fællesskab med andre patienter fra Grønland viser sig at have betydning for at mindske patienternes afsavn.

På trods af de grønlandske patienter udtrykker taknemmelighed over deres behandlingsforløb i Danmark, oplever de samtidig et afsavn til deres hverdag hjemme i Grønland. Dette indebærer arbejde, at køre snescooter, at spise grønlandsk mad og naturen. Den grønlandske natur adskiller sig betydeligt fra den danske, hvor landskabet i Grønland består af fjorde, fjelde og på nogle årstider store mængder sne. Det er vanskeligt at fastholde sine dagligdagsaktiviteter som fx at køre snescooter i Danmark, hvilket kan afføde et stort afsavn til både den grønlandske natur og den dertilhørende hverdag, man kender til. Derudover er der et stort afsavn til patienternes daglige arbejde i Grønland. Patienterne oplever det som meningsfuldt at kunne arbejde under behandlingsforløbet i Danmark, og oplever deres humør påvirkes negativt, når de ikke har mulighed for at gøre dette. At kunne medbringe sit arbejde under forløbet i Danmark skaber en normalitet for patienterne i en ellers forandret hverdag. Samtidig bidrager arbejdet til, at patienterne for en stund kan distancere sig fra deres tanker omkring sygdommen.

> *"Man bliver hurtigt irriteret, når man ikke kan komme på arbejde. Men er jo også en omvæltning, når man er vant til sin hverdag består af arbejde, og pludselig kan man ikke det mere. Jeg tror også, at det er med til at holde min.. øhm.. kræft på afstand på den måde. (...). Når jeg tænker mere på arbejde, så tænker jeg jo ikke på kræften."* (ID-6)

At kunne udføre ting fra hverdagen gør det muligt for patienterne at veksle mellem at være syge og at opretholde dele af deres vanlige hverdag. Dog er det ikke alle afsavn, der lige så nemt kan medbringes til den midlertidige nye hverdag under behandlingsforløbene i Danmark - grønlandsk mad er heriblandt. Manglen på adgangen til den grønlandske mad bliver italesat som en faktor, der påvirker patienternes oplevelse af deres forløb i Danmark negativt. Patienterne savner en kost med flere grønlandske råvarer, herunder sæl, rensdyr og

hval, som er svært tilgængeligt i Danmark. Den grønlandske mad italesætter patienterne som et essentielt element i at sikre den nødvendige styrke til at gennemgå den onkologiske behandling.

> *"Selvfølgelig spiser vi også medister deroppe i Grønland, men hjemme hos os er vores hverdag baseret på vores egne råvarer. Det kan man godt gå hen og savne. Og det giver jo energi. Når man ikke får noget ordentligt at spise, bliver man også svag i kroppen. Ja, det giver styrke. Det er brændstof."* (ID-5)

Patienterne tænker på, hvorvidt de får et tilstrækkeligt kostindtag under deres onkologiske behandlingsforløb, når de ikke kan spise deres vanlige mad - og hvordan det påvirker deres fysiske tilstand. Kvalme og nedsat appetit er en typisk bivirkning hos patienterne, hvilket forstærker det afsavn, de oplever, når de ikke kan spise den mad, de har mest lyst til. Det er også tydeligt, at afsavnet til den grønlandske mad påvirker patienternes humør - maden italesætter patienterne som noget positivt, der har betydning for deres velvære i en svær tid. Citatet afspejler dette:

> *"Øhm, jeg vil have min mad. Min mad. Så jeg kan være rigtig glad (...) Min mand og mig spiser grønlandsk mad til hverdag. Så det er rigtig rigtig rigtig svært at komme her.. og øh.. skulle have det godt med sig selv, og alt det der. Det kan jeg ikke. Fordi jeg ikke får den mad, jeg vil spise nu. Det er svært"* (ID-1)

Når afsavnet til den vante hverdag er stor, opleves det som udfordrende for patienter at befinde sig i Danmark. Patienterne oplever, at afsavnet kan afhjælpes af det grønlandske fællesskab, som patienterne er en del af, når de er indlogeret på DGP. At være omkring mennesker, der taler samme sprog som én, og kommer fra samme kulturelle baggrund, skaber en følelse af samhørighed og tryghed hos patienterne. Det grønlandske fællesskab bidrager til, at patienterne spejler sig i andre, der befinder sig i samme livssituation som dem selv. I dette rum er der plads til, at patienterne deler sårbare og svære tanker og følelser.

> *"... Vi snakker lidt øhm om vores situation her. Hvordan vi har det her, og så giver vi nogle.. eller støtter hinanden, opmuntrer hinanden, og giver hinanden, hvad man ellers kunne give af omsorg og måske lidt vejledning. Vi snakker lidt, vi er ikke alene… Lige pludselig er der nogle bekendte, der kan dukke op her."* (ID-5)

Patienterne bruger hinanden til at støtte og yde omsorg, hvilket bidrager til oplevelsen af, at de ikke er alene - på trods af stor geografisk adskillelse til den vante hverdag i Grønland. Da den grønlandske befolkning er forholdsvis lille, sker det indimellem, at patienterne møder bekendte hjemmefra, som også skal modtage behandling i det danske sundhedsvæsen. At møde et velkendt ansigt, mindsker patienternes oplevelse af at være alene. Den ældre patient udgør størstedelen af patienterne på DGP, hvorfor det for yngre patienter kan opleves udfordrende at indgå i fællesskabet. Derfor kan yngre patienter være nødsaget til at finde det grønlandske fællesskab andetsteds – fx blandt jævnaldrende bekendte, som er bosat i Danmark.

På trods af glæden ved fællesskabet oplever patienterne også, at de har brug for at være alene. Alle mennesker er unikke, og har hvert sit individuelle behov for at være i kontakt med andre mennesker. Visse patienter opfatter sig selv som tilbageholdende eller stille af natur - og med stort behov for at være alene. Dog har fællesskabet alligevel betydning for denne type patient, hvor dét at høre sit eget sprog giver en tryg følelse.

> *"... Det er meget rart at kunne høre sit eget sprog og sådan noget. Men jeg er sådan en, hvad kan man sige, en sådan stille type, der holder mig for mig selv. Jeg har det bedst, når jeg er alene."* (ID-6)

At have det grønlandske fællesskab omkring sig giver patienterne mulighed for at føle sig forbundet til sit hjemland uden direkte at interagere med andre mennesker. De store fællesarealer på DGP gør det muligt for patienterne at få opfyldt deres individuelle sociale behov. Når trangen kommer til at være alene, har patienterne mulighed for at trække sig tilbage til deres værelser for at lade op. Patienterne er dog indimellem nødsaget til at dele værelse med andre patienter grundet begrænset kapacitet på DGP. At dele værelse viser sig at have negativ påvirkning af patienternes humør, hvor usikkerhed og utryghed opstår, når man ikke har et personligt helle.

> *"Vi bor i øjeblikket 2 på værelset. Det er ikke så godt, man ved ikke rigtig, hvordan man skal agere sig overfor den anden… Man føler sig ikke tryg i hvert fald"* (ID-6)

Opsamlende oplever patienterne at det grønlandske fællesskab bliver til et fast holdepunkt i patienternes nye midlertidige hverdag. Selvom patienterne oplever det som udfordrende

at vide, hvordan man gebærder sig over for medpatienter på samme lille værelse, skaber fællesskabet overordnet samhørighed og hjemlighed blandt patienterne, når afsavnet til hverdagen i Grønland er stort.

8. Kritisk fortolkning og diskussion

I det følgende afsnit vil der foreligge en diskussion de identificerede temaer; "*rejsen mellem to sundhedsvæsner - med 4000 kilometers afstand"*, "*pårørende som støtte - både tæt på og langt væk*" samt "*livet i to verdener: afsavnet til hverdagen i Grønland*". Den kritiske fortolkning og diskussion vil fortsat tage udgangspunkt i Simonÿ og Dreyers Ricoeur-inspirerede fortolkningsmetode (Simonÿ og Dreyer, 2019).

8.1 Kritisk fortolkning og diskussion

Det tredje niveau i Ricoeurs fortolkningsfilosofi inddrager en kritisk refleksion over den strukturelle analyses fund. Temaerne, der er fremkommet under den strukturelle analyse, skal på dette niveau af fortolkningen diskuteres i et mere generelt perspektiv. For at kunne diskutere analysens fund, må forskeren inddrage fx forskningsstudier, teorier og politiske dokumenter i relation til emnet. Forskerens forståelse fra den naive læsning og strukturelle analyse vil endnu en gang komme i spil i den dialektiske bevægelse mellem forståelse og fortolkning. Førnævnte vil bidrage til, at forskeren kan tilegne sig flere fortolkninger af det undersøgte (Simonÿ og Dreyer, 2019).

På dette niveau vil vi i lyset af eksisterende forskning diskutere analysens fund. Vi vil benytte inkluderede studier fra den systematiske litteratursøgning, se bilag 3, politiske rapporter og sygeplejeteori om tværkulturel sygepleje. På denne måde vil vi identificere ligheder, forskelle og nye perspektiver, som kan sætte vores fund i et større perspektiv. Med førnævnte i spil muliggør det os via fortolkning og diskussion at tilegne os ny viden om grønlandske patienters oplevelser under et onkologisk behandlingsforløb i det danske sundhedsvæsen. Den kritiske fortolkning og diskussion vil foreligge nedenfor.

8.2. Rejsen mellem to sundhedsvæsner - med 4000 kilometers afstand

I dette speciale udviser de grønlandske patienter en stor ro og accept over for den situation, de befinder sig i. Dette er til trods for både livstruende sygdom samt behandling i et

sundhedsvæsen geografisk langt fra deres hjem i Grønland. Den grønlandske ro er også tidligere beskrevet af Schlütter og Hounsgaard (Schlütter, 2016; Schlütter og Hounsgaard, 2020). På tværs af generationer er den grønlandske befolkning kulturelt opdraget til at møde livets udfordringer ved at bevare roen i mødet med det uvisse. Denne kulturelle opdragelse og tilgang kan tilskrives den grønlandske befolknings erfaring med den omskiftelige og barske natur, som både har og har haft stor betydning for, hvordan livet i Grønland kan udfoldes. Uforudsigeligheden i livet i Grønland er derfor ikke et ukendt anliggende for den grønlandske befolkning - tværtimod anses det uvisse som en normalitet. *"At tage en dag ad gangen"* samt *"vi tager tingene, som de kommer"* er derfor også udtryk, der går igen (Schlütter, 2016; Schlütter og Hounsgaard, 2020).

Ovenstående understøtter patienterne i dette speciales tilgang til det uvisse. De fremstår fortrolige med fremtidens uforudsigelighed, og udviser en accept af rejsen til Danmark for at modtage onkologisk behandling. Patienterne oplever fremtiden som noget, der må tages dag for dag, og at det er unødvendigt at bekymre sig om forhold, man endnu ikke kender udfaldet på. Patienterne udtrykker direkte, at man må udvise ro og acceptere tingenes tilstand - også selvom livet pludselig indebærer uhelbredelig sygdom. De grønlandske patienter oplever, at livet er omskifteligt, hvilket potentielt kan være med til at give patienterne en tro på, at selv en alvorlig sygdom kan se anderledes ud i morgen.

Det er dog i denne sammenhæng vigtigt at nævne, at den kulturelle opdragelse med fokus på at udvise ro også kan betyde, at patienterne er tilbageholdende med at fortælle om eventuelle reelle bekymringer (Schlütter og Hounsgaard, 2020). Det må derfor overvejes, om patienterne i specialet rent faktisk har bekymringer, de blot ikke vælger at italesætte. Denne overvejelse understøttes af, at Egede, Hounsgaard og Seibæk (2020) finder bekymring hos grønlandske kardiologiske patienter, der skal modtage behandling i det danske sundhedsvæsen. Mangel på informationer før og under forløbet, bevirker at patienterne føler sig utrygge forud for deres overgang til det danske sundhedsvæsen. Egede, Hounsgaard og Seibæk (2020) fremhæver på denne baggrund, at der er mangel på grønlandsksproget materiale om sygdom og behandling. Dette står også i kontrast til specialets fund, hvor patienterne oplever at være meget tilfredse med informationsniveauet i det danske sundhedsvæsen. Vi kan ud fra dette speciale ikke endeligt forklare, hvorfor to kroniske patientgrupper har modsatrettede oplevelser med at skulle modtage behandling i det danske sundhedsvæsen.

På baggrund af de kaotiske forløb i Grønland, som patienterne i dette speciale har oplevet, er det dog også overraskende, at de ikke oplever at have bekymringer forud for deres rejse til Danmark for at modtage onkologisk behandling. Patienterne oplever, at de ikke har fået rettidig hjælp i det grønlandske sundhedsvæsen - på trods af at patienterne har henvendt sig med symptomer gennem længere tid. Patienternes oplevelser af det grønlandske sundhedsvæsen understøttes af, at det grønlandske sundhedsvæsen særligt er udfordret med personalerekruttering samt udvikling af faglige kompetencer (Svartá og Larsen, 2020). Forslag til kræftplan 2013 satte ellers fokus på, at indsatsen for en tidligere opsporing af cancer skal styrkes, således at personer med symptomer på en cancersygdom hurtigere får stillet den korrekte diagnose (Naalakkersuisut, 2013). Ud fra specialets fund viser dette sig endnu ikke at gøre sig gældende for patienterne, som i stedet oplever mangelfuld og kaotisk udredning. Dette underbygges ligeledes af evalueringen af kræftplanen i 2020, idet der konstateres væsentlige mangler i udredningsforløbet fra patienten henvender sig til sundhedsvæsenet med cancerrelaterede symptomer. Den korrekte behandling igangsættes på denne baggrund sent, hvilket kan have negative konsekvenser for patienternes sygdomsprognose (Shahid *et al.*, 2016; Yousaf *et al.*, 2018).

Specialets fund viser, at de grønlandske patienter oplever stor tilfredshed samt kontinuitet i deres onkologiske behandlingsforløb i det danske sundhedsvæsen. Dette kan fremstå overraskende, da det danske sundhedsvæsen generelt oplever at have udfordringer med fragmenteret og usammenhængende patientforløb (Vrangbæk og Birk, 2020). En forklaring af de grønlandske patienters oplevelse af kontinuitet i behandlingen i Danmark kan skyldes, at patienterne kommer fra et sundhedsvæsen, der generelt er opbygget af sundhedsfaglige medarbejdere ansat i kortere vikariater (Hansen og Noahsen, 2020; Svartá og Larsen, 2020). Vi ved fra praksiserfaring, at disse vikariater typisk varer fra uger til måneder, hvorfor de grønlandske patienter er vant til en stor udskiftning i sundhedspersonalet. På denne baggrund kan det tænkes, at det er begrænset, hvor meget kontinuitet patienterne kan opleve i det grønlandske sundhedsvæsen.

Det skal dog samtidig nævnes, at de grønlandske patienter, som udgangspunkt indgår i pakkeforløb for cancersygdom, når de overgår til behandling i det danske sundhedsvæsen (Svartá og Larsen, 2020). Dette betyder, at patienternes onkologiske behandlingsforløb i Danmark foregår ud fra standardiserede rammer (Sundhedsstyrelsen, 2025). I Grønland

findes endnu ikke standardiserede pakkeforløb for udredning og behandling af cancer, hvilket bl.a. betyder, at der ikke findes retningslinjer for at sikre patienterne den mest optimale udredning uden unødige ventetid (Svartá og Larsen, 2020). Mangel på standardiserede forløb kan også være en årsag til, at patienterne oplever kaotiske forløb i det grønlandske sundhedsvæsen forud for at diagnosen stilles. De standardiserede rammer i behandlingsforløbet i Danmark kan derfor tænkes at stå i stor kontrast til de oplever patienterne har med sig fra Grønland. Dette kan have betydning for, at patienterne i specialet oplever tilfredshed og kontinuitet i den onkologiske behandling i Danmark.

Patienterne i specialets positive oplevelser med at modtage onkologisk behandling i et sundhedsvæsen geografisk langt væk hjemmefra, står dog i kontrast til andre oprindelige befolkningsgruppers oplevelser. Studier viser, at manglende information fra sundhedspersonale, dårlig koordinering og personlige økonomiske omkostninger er udfordringer, som patienter fra oprindelige befolkninger står overfor, når de skal modtage onkologisk behandling. Det skaber mistillid hos patienterne til sundhedsvæsnet og dertilhørende behandlinger (Goodwin *et al.*, 2017; Anderson *et al.*, 2021; Sedgewick *et al.*, 2021). Som årsag til denne forskel i fund må det medtænkes, at det danske og det grønlandske sundhedsvæsen er vant til at samarbejde omkring patienter. Vi ved samtidig fra praksiserfaring, at der er ansat koordinerende personale udelukkende til at arrangere behandlingsforløb for grønlandske patienter i Danmark.

På Rigshospitalet er der yderligere en Grønlandskoordinator, som er samarbejdspartner med alle regionens hospitaler. Grønlandskoordinatoren bistår afdelingerne ved tvivlsspørgsmål omkring behandlingsforløb med grønlandske patienter, og koordinerer samtidig også på tværs af både Grønland og Danmark (Rigshospitalet, 2025). Den tætte koordinering omkring de grønlandske patientforløb kan tænkes at have betydning for, at patienterne i specialet oplever stor tilfredshed over og tillid til deres onkologiske behandlingsforløb i det danske sundhedsvæsen. Patienternes tilfredshed og tillid står i kontrast til specialeforfatter indledende formodning om, at grønlandske patienter ville finde det udfordrende at modtage behandling i det danske sundhedsvæsen.

Yderligere er det essentielt at medtænke, at studierne med patienter fra andre oprindelig befolkningsgrupper er foretaget i sundhedsvæsener, der ikke nødvendigvis kan sidestilles med det danske- og grønlandske sundhedsvæsen. Det økonomiske aspekt om

egenfinansiering af rejse og behandling står patienterne i dette speciale ikke overfor, da dette finansieres af det grønlandske sundhedsvæsen (Peqqik, 2025). Førnævnte medvirker til, at patienter på tværs af oprindelige befolkningsgrupper ikke er sammenlignelige på alle parametre, når det handler om onkologisk behandling.

8.3. Pårørende som støtte – både tæt på og langt væk

Omsorg fra pårørende, der er fysisk tilstedeværende, er af væsentlig betydning for alle patienter, som rammes af en cancerdiagnose. Særligt de små oplevelser som kram og latter med nogen man elsker, viser sig at være vigtige for patientens trivsel (Toth, 2014; Fischer og Seibaek, 2021). Oprindeligt folk anser ligeledes familie og netværk som værende en tryg base under deres onkologiske behandlingsforløb, når de befinder sig geografisk langt væk fra deres vante omgivelser (Egan *et al.*, 2016). De grønlandske patienter i vores speciale oplever også, at tilstedeværelsen af familie er særlig betydningsfuld for dem, når de modtager onkologisk behandling i Danmark. Dette kan understøttes af, at familie og fællesskab er af særlig vigtighed i Grønland - her fungerer familie som en beskyttende faktor, når livet pludselig er i forandring. Den grønlandske befolkningen er kulturelt opdraget til, at man tager sig af hinanden, og man støtter hinanden på tværs af generationer (Aagaard, 2014).

Patienterne i specialet oplever, at det har en stor betydning, når de er fysisk tæt på deres pårørende. Det er patienternes oplevelser, at det giver dem mulighed for at få praktisk støtte og hjælp til daglige gøremål af deres pårørende, såsom oprydning og rengøring, under forløbet i Danmark. Dét oplever patienterne som uundværligt. Dette understøttes ligeledes af studier, der fastslår, at det er afgørende betydning for patienter af oprindeligt folk at have adgang til støtte og praktisk hjælp fra pårørende, når de befinder sig i et behandlingsforløb, der er geografisk langt fra, hvor de bor (Thewes *et al.*, 2016; Bernardes *et al.*, 2019; Sedgewick *et al.*, 2021).

Derudover oplever patienterne i specialet at få hjælp fra deres pårørende i form af tolkning. Patienterne oplever, at tolkene i det danske sundhedsvæsen ikke altid er tilgængelige, hvorimod pårørende er tilgængelige alle døgnets timer. Hjælp til tolkning fra pårørende gør patienterne brug af, uanset om de pårørende er fysisk til stede eller at tolkningen foregår over telefon. Birkelund et al. (2024) pointerer, at når pårørende tolker for patienter i et

onkologisk regi, kan dette have negativ betydning for både for patienten og pårørende. Når pårørende overlades som tolk, skaber det et ansvar, som de ikke nødvendigvis kan leve op til. Dette kan sætte de pårørende i etiske dilemmaer, hvor de skal videreformidle komplekse og sårbare informationer til patienten om sygdomstilstanden og behandlingsforløbet. Når pårørende fungerer som tolke, er det derfor ikke uden betydelige risici, og tolkende pårørende skal benyttes med stor forsigtighed, for både at værne som patienten, patientsikkerheden og de pårørendes psykiske velbefindende (Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2019; Birkelund *et al.*, 2024). På baggrund af ovenstående er det af stor vigtighed, at både de grønlandske patienter, deres pårørende samt sundhedspersonalet i det danske sundhedsvæsen er opmærksomme på de konsekvenser, pårørende som tolk kan have.

I Grønland udkom der i 2013 en plan for cancerramte patienter, som ligeledes erkender vigtigheden i, at patienterne har pårørende med under hele deres onkologiske behandlingsforløb i det danske sundhedsvæsen (Naalakkersuisut, 2013). I 2025 er det stadig ikke en mulighed for patienter fra Grønland, i takt med at mange af patienterne i dette speciale aktuelt ufrivilligt befinder sig uden pårørende i Danmark. Patienterne i specialet oplever det som udfordrende at være adskilt fra deres familie, og omtaler cancerdiagnosen som noget, der berører alle i familien - en sygdom, som de er fælles om. Dette stemmer overens med teorien om familiecentreret sygepleje. Teorien pointerer, at når ét familiemedlem rammes af sygdom, så rammes en hel familie (Brødsgaard, 2016), derfor er det vigtigt at skulle medtænke hele familien under de grønlandske patienters onkologiske behandlingsforløb i Danmark.

Patienterne i specialet forsøger at opretholde kontakt med deres pårørende ved hjælp af telefonsamtaler, hvor de deler tanker og følelser omkring deres forløb. At kunne dele følelser med nogen, som man stoler på, kan påvirke patienters livskvalitet positivt, når de gennemgår et onkologisk behandlingsforløb (Toth, 2014). En cancerdiagnose er i sig selv en livsomvæltende begivenhed, der kan medføre psykisk udfordringer - herunder øget risiko for udvikling af depression og angst (Busch, 2014; Kræftens Bekæmpelse, 2024).
Patienterne i specialet oplever ikke direkte angst og depression i deres aktuelle behandlingsforløb, men de oplever, som tidligere nævnt, et stort afsavn til deres pårørende hjemme i Grønland. Dette er essentielt at være opmærksom på, da forskning viser, at manglende fysisk tilstedeværelse af pårørende hos patienter i onkologiske

behandlingsforløb kan påvirke patienternes psykiske velbefindende negativt (Mehlsen, Jensen og Zachariae, 2007; Flanagan *et al.*, 2022).

I Danmark tillægges pårørende stor værdi for trivslen hos ældre borgere. I 2024 blev Ældrereformen i Danmark vedtaget, hvor fokus på tæt samarbejde med pårørende er en bærende værdi. Pårørende skal hjælpe til den daglige livsførelse ved ældre borgere, herunder støtte, koordinering og omsorg (Social-, Bolig- og Ældreministeriet, 2024). Ældre betegnes som folk over 67 år (Nilsson, 2017) - denne aldersgruppe repræsenterer halvdelen af patienterne i dette speciale. Det paradoksale er, at ikke alle, der behandles i Danmark, har mulighed for den fysiske tilstedeværelse fra pårørende, heriblandt specialets patienter.

Økonomi og lovgivning er af væsentlig betydning for, hvorvidt patienter fra Grønland har mulighed for at have pårørende med i de perioder, hvor de modtager behandling i det danske sundhedsvæsen (Naalakkersuisut, 2013; Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2022). I specialet har nogle patienter selv betalt for at have pårørende med til Danmark. Andre af patienterne befinder sig alene, da deres pårørende har været nødsaget til at rejse hjem, da opholdet ikke længere kan finansieres af det grønlandske sundhedsvæsen. En rapport om social ulighed i sundhed viser, at der i Grønland er større økonomisk ulighed end i landene i EU (Statens Institut for Folkesundhed, 2023). Det kan have betydning for, at patienter fra Grønland ikke altid har mulighed for selv at finansiere ophold til pårørende. Patienterne i specialet oplever det som svært, når de hverken igennem forsikringer eller det grønlandske sundhedsvæsen kan få finansieret pårørendes ophold i Danmark. Dette afføder følelser som jalousi hos patienterne, når de ser andre patienter have deres familie omkring dem under deres onkologiske behandlingsforløb i Danmark.

Det er ikke kun patienterne, der oplever, det er svært at være adskilt fra sine pårørende. Pårørende er også i risiko for at udvikle psykiske belastninger, når de ikke inddrages i patienters onkologiske forløb (Esbensen, 2014; Birkelund *et al.*, 2024). Augustussen, Hounsgaard, et al. (2017) konkluderer, at pårørende til grønlandske patienter oplever at mangle information om behandlingsforløbet, når de er afskåret for deltagelse i det danske sundhedsvæsen. Førnævnte kan have en negativ indvirkning på de pårørendes mentale helbred. Af samme årsag understreger studiet vigtigheden af, at pårørende inddrages aktivt i patientens sygdomsforløb (Augustussen, Hounsgaard, *et al.*, 2017). Dette kan stemme overens med, at patienterne i specialet fortæller, at de ofte har kontakt til pårørende efter

behandlingsaftalerne på hospitalet. Patienterne har en følelse af magtesløshed, når de ikke kan være fysisk sammen med pårørende. Patienterne oplever, at deres pårørende sidder tilbage i Grønland og er bekymrede for patientens sygdom. Fischer og Seibaek (2021) pointerer, at relationer til familien ofte kan være præget af skyld og ensomhed, når patienter fra Grønland er afskåret fra sin familie. Patienterne i specialet oplever det svært, når pårørende spørger ind til, hvornår patienten kommer hjem til Grønland, og patienten er velvidende om, det ikke er foreløbig.

Sundhedsprofessionelle understreger samtidig vigtigheden af, at oprindeligt folk har adgang til støtte fra pårørende under onkologiske behandlingsforløb i sundhedsvæsner geografisk langt fra bopælen. Det kan være af afgørende betydning, at pårørende kan hjælpe med at koordinere aftaler i sundhedsvæsenet, hjælpe med medicin samt ikke mindst give psykosocial støtte undervejs i forløbet (Meiklejohn *et al.*, 2016; Sedgewick *et al.*, 2021). Den fysiske tilstedeværelse af pårørende og deres støtte har samtidig betydning for, om patienter fra oprindelige befolkninger gennemfører et onkologisk behandlingsforløb (Meiklejohn *et al.*, 2016). Dette er ikke gældende for specialets patienter, som anser behandlingen som en nødvendighed. Patienterne har ikke på noget tidspunkt i deres forløb overvejet at afbryde forløbet i Danmark, på trods af deres store afsavn til pårørende tilbage i Grønland.

8.4. Livet i to verdener: afsavnet til hverdagen i Grønland

Patienterne i specialet oplever ikke at kunne opretholde vanlige dele af deres hverdag under det onkologiske behandlingsforløb. Det gælder ikke kun for patienterne i dette speciale, da mange danske patienter sygemeldes, når de rammes af en cancerdiagnose. Hverdagen ændres derfor generelt for patienter i onkologisk behandling. En rapport fra Kræftens Bekæmpelse viser, at 71% af patienternes arbejdssituation ændres i forbindelse med diagnosen. Et stort antal patienter finder det værdifuldt at kunne opretholde så normalt et hverdagsliv som muligt (Kræftens Bekæmpelse, 2018). Patienterne i dette speciale oplever også et afsavn til deres arbejde, når de befinder sig i Danmark. En del af det grønlandske erhvervsliv består af jagt og fiskeri (Grønlands Statistik, 2024), hvorfor arbejdet ikke altid kan medtages til Danmark. Nogle af specialets patienter finder det dog muligt at medbringe arbejde, hvilket har en positiv indflydelse under deres behandlingsforløb i det danske sundhedsvæsen. Patienter holder sig beskæftiget med arbejdet for at kunne at skabe en distance til cancersygdommen og den dertilhørende behandling. Specialets fund understøttes ligeledes af et scoping review, der viser, at patienter af oprindelig folk i cirkumpolare

regioner generelt synes at opleve afsavn til arbejde, når de befinder sig i et sundhedsvæsen, hvor de er langt væk fra familie og hjem (Ingemann *et al.*, 2020).

Knapt halvdelen af de danske patienter diagnosticeret med cancer oplever at være begrænset i udførelsen af daglige aktiviteter pga. bivirkninger fra både deres sygdom samt behandling (Kræftens Bekæmpelse, 2018). Det må derfor formodes, at den grønlandske patientgruppe også er begrænset i daglige aktiviteter på baggrund af deres onkologiske diagnose. Medtænkes må dog, at de grønlandske patienter i endnu højere grad oplever at være begrænset i deres daglige aktiviteter, da omgivelserne i Danmark adskiller sig fra Grønland. For patienterne i dette speciale består daglige aktiviteter af sejlads, køre snescooter og gåture i fjeldene. Disse aktiviteter har patienter ikke mulighed for at udføre, når de befinder sig i et behandlingsforløb i Danmark. Forskning peger dog på, at planlagte udendørsaktiviteter er af særlig betydning for patienter af oprindeligt folk, når de er i et behandlingsforløb og oplever afsavn til naturen hjemmefra (Ingemann *et al.*, 2020). Det kan derfor tænkes, at planlagte udendørsaktiviteter kan have betydning for grønlandske patienter under deres forløb i Danmark.

Patienterne oplever, at afsavnet til den vante hverdag i Grønland mindskes ved at indgå i fællesskab med andre grønlandske patienter i Danmark. Fællesskabet blandt ligesindede er ikke kun af stor betydning for specialets patienter. Generelt oplever patienter med en kronisk cancerdiagnose, at et fællesskab med ligesindede patienter bidrager til, at de kan opretholde deres identitetsopfattelse. Samtidig bidrager fællesskabet til, at patienter kan dele tanker og følelser i forbindelse med en cancerdiagnose (Gärtner, Raunkiær og Timm, 2021).

Ydermere oplever patienterne i specialet afsavn til grønlandsk mad, som indeholder råvarer, der ikke er tilgængelige i Danmark. Mad anses som værende kulturel betinget (Sektorer i Danmark, 2025), hvorfor maden ikke kan sammenlignes i Danmark og Grønland. Afsavnet til den traditionelle mad findes også hos patienter af oprindeligt folk i cirkumpolare områder, når de befinder sig i sundhedsvæsnet. Her findes patienttilfredsheden højere, når patienter har adgang til traditionel mad (Ingemann *et al.*, 2020). Dette understøtter specialets fund, hvor patienterne oplever grønlandsk mad som værende en væsentlig faktor for deres almene velbefindende. Manglen på grønlandsk mad påvirker patienternes oplevelse negativt under de onkologiske behandlingsforløb i Danmark. Når patienterne

oplever nedsat appetit og madlede som følge af den onkologiske behandling, gør det sig specielt gældende. Patienterne ærgrer sig over ikke at kunne spise den mad, som de ønsker.

Birkelund et al. (2024) fremhæver vigtigheden i at tilpasse plejen til kulturelle behov for patienter med anden kulturel baggrund. Særligt patienter med sparsomme dansksproglige kompetencer er i øget risiko for kulturelle misforståelser i mødet med sundhedspersonalet. Vestergaard-Jessen (2017) pointerer ligeledes, at selv patienter fra Grønland med et vist niveau af dansksproglige kompetencer har behov for tolkning, når de modtager behandling i Danmark. Samme gør sig gældende for patienter i specialet, som oplever at have behov for tolk på trods af at have nogen dansksproglige kompetencer. I den grønlandske kultur anses det som værende uhøfligt at svare *"nej"* til spørgsmål, selv om spørgsmålet ikke er forstået korrekt (Vestergaard-Jessen, 2017). Sygeplejersker i det danske sundhedsvæsen kan derfor ikke regne med at indhente korrekt data fra patienterne, hvis tolke- og kulturelle behov ikke indfries. Sproglige og kulturelle misforståelser kan bl.a. medvirke til at sundhedspersonale tror, de har indhentet informeret samtykke fra patienten uden de reelt har dette (Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2019).

Trods risikoen for kulturelle misforståelser, finder patienter af oprindeligt folk i cirkumpolare områder det meningsfuldt, når sundhedspersonale spørger ind til dem og lytter til deres livshistorie. Det bidrager til at patienter i højere grad oplever deres behov imødekommes i sundhedsvæsenet (Ingemann *et al.*, 2020). I specialet oplever patienterne ligeledes, at det er behageligt, når personalet spørger til Grønland, patienternes liv og livssituation. Birkelund et al. (2024) pointerer, at kendskab i patienters kulturelle baggrund i højere grad gør sundhedspersonalet i stand til at imødekomme patienters behov. Dette skal ses i sammenhæng med, at norske sygeplejersker finder det udfordrende at yde sygepleje til patienter med anden kulturel baggrund. Sygeplejerskerne oplever at mangle viden om patienternes kulturelle ophav (Engnes *et al.*, 2022). For at sikre en patientcentreret behandling til alle, uanset kulturelle baggrund, er undervisning af konkrete kulturelle forskelle nødvendig (Engnes *et al.*, 2022; Birkelund *et al.*, 2024).

I Danmark ses en stigende andel patienter med anden kulturel baggrund (Birkelund *et al.*, 2024) - her udgør patienter fra Grønland en del af disse. Det er på den baggrund overraskende, hvor lidt undervisning danske sygeplejersker modtager i tværkulturel sygepleje. Der indgår heller ikke undervisning som indbefatter viden om grønlandske patienter - dette

på trods af at Grønland er en del af Det Danske Rigsfællesskab. Undervisning inden for disse emner fremgår ikke i studieordningen på sygeplejerskeuddannelsen på bl.a. Danmarks største uddannelsesinstitution for sygeplejersker (Københavns Professionshøjskole, Bornholms Sundheds- og Sygeplejeskole, UC Diakonissestiftelsen, 2025). Det kan undre set i lyset af, at der findes en konkret sygeplejeteori, som pointerer vigtigheden i tilpasning til patienternes kulturelle baggrund. Teorien bidrager til, at patienternes individuelle behov i højere grad kan imødekommes, samt sikrer en mere patientcentreret sygepleje (Leininger og McFarland, 2002). Patienterne i specialet nævner ikke direkte, at de oplever, at deres kulturelle behov ikke indfries. Det må dog alligevel overvejes, om sygeplejerskerne i det danske sundhedsvæsen kan klædes bedre på til at sikre en kulturelt tilpasset pleje til de grønlandske patienter.

Leininger og McFarland (2002) påpeger i deres teori om tværkulturel sygepleje, at pleje ikke blot må udføres ud fra biologiske faktorer, men at der må tages hensyn til de kulturelle normer og værdier, som patienten har med sig. En essentiel del af den tværkulturelle sygepleje, består derfor også i at respektere og opretholde kulturelle værdier og traditioner fra den enkeltes kultur. Ved at have kendskab til patienternes kulturelle kontekst mindskes risikoen ligeledes for misforståelse mellem patienter og sygeplejersker.
Sygeplejersker i Danmark kan ikke ændre på de organisatoriske rammer for de grønlandske patienters onkologiske behandlingsforløb. De kan heller ikke anskaffe grønlandske råvarer for at afhjælpe patienternes afsavn til grønlandsk mad. Forskning viser dog, at patienter udtrykker større tilfredshed under behandlingsforløb, hvis sygeplejersker udviser interesse for afsavnet til patienternes vante hverdag (Ingemann *et al.*, 2020).

9. Metodediskussion

Den følgende metodekritiske diskussion af specialet tager afsæt i Lincoln og Gubas fire kriterier for kvalitetsvurdering af kvalitativ forskning. Disse kriterier vurderer kvaliteten ud fra troværdighed (credibility), pålidelighed (dependability), bekræftelighed (confirmability) og overførbarhed (transferability) (Lincoln og Guba, 1986).

9.1. Troværdighed

Troværdighed handler om, hvorvidt forskningsresultaterne afspejler en realistisk gengivelse af de oplevelser, deltagerne i undersøgelsen har. Dette har betydning for, hvorvidt fundene kan anses som værende valide (Lincoln og Guba, 1986).

Vi ønskede i specialet at undersøge grønlandske patienters oplevelser under et onkologisk behandlingsforløb i det danske sundhedsvæsen. Vi anvendte kvalitative, individuelle interviews, da denne metode er velegnet til at undersøge den enkeltes oplevelser inden for et bestemt område (Kvale og Brinkmann, 2015). Valget af denne metode bidrager til at styrke troværdigheden af specialets fund. Vi valgte på baggrund af problemformuleringen at udføre semistrukturerede interviews. Denne form for interview er i nogen grad styret af intervieweren (Kvale og Brinkmann, 2015). Dette kan medføre risiko for, at vi ikke har fået berørt emner, der reelt var meningsfulde for patienten i forbindelse med deres behandlingsforløb, hvilket kan svække fundenes troværdighed. Vi var dog opmærksomme på denne risiko, hvorfor vi afslutningsvis under interviewene tilbød alle patienterne muligheden for at bringe emner på banen, som de ønskede at adressere. Kun en enkelt patient gjorde brug at adressere yderligere til interviewet.

Jævnfør Kvale og Brinkmann (2015) er der en asymmetrisk magtrelation mellem interviewer og informant, hvilket betyder, at der ikke er tale om en jævnbyrdig dialog. Dette til trods for at intervieweren forsøger at skabe et trygt rum for dialogen. Det må derfor medtænkes, at der er risiko for, at interviewene ikke har fundet sted i en tryg ramme. Denne asymmetri mellem at være dansk versus grønlandsk samt at være sygeplejerske versus patient kan tænkes at have betydning for, hvad patienterne har italesat under interviewene. Deres udtalte taknemmelighed overfor det danske sundhedsvæsen må derfor fortolkes med forbehold og ses i lyset af denne skæve magt- og relationsdynamik. Det vil derfor være fejlagtigt ikke at tage i betragtning, hvordan dette potentielt kan have påvirket fundenes troværdighed.

Specialeforfatterne er siden empiriindsamlingen blevet bevidste om, at det kunne have været givende at starte med et indledende fokusgruppeinterview. Ved at benytte sig af metodetriangulering kan man udfolde fænomenet fra flere forskellige perspektiver, hvilket kan give en bedre mulighed for at opnå en dybdegående forståelse af det undersøgte fænomen (Polit og Beck, 2014). At have suppleret vores undersøgelse med et fokusgruppeinterview

kunne derfor bidrage med en yderligere forståelse af emnet, samt overordnet have styrket troværdigheden for specialets fund. Derudover kunne et fokusgruppeinterview give vigtig inspiration til vores interviewguide forud for individuelle interviews.

For at få et retvisende billede af, hvilke oplevelser grønlandske patienter har under et onkologisk behandlingsforløb i Danmark, ønskede vi at interviewe både dansk- og grønlandsk talende patienter. Specialeforfatterne mestrer ikke det grønlandske sprog, hvorfor to af specialets interviews foregik med en tolk. Trods tolkning har været et vilkår for at få adgang til disse patienters oplevelser, må det altid overvejes, hvad der potentielt kan gå tabt i samtaler, der ikke foregår direkte med informanten. Af denne årsag er det vigtigt, at tolken er kyndig i både sprog og kultur, således informanten kan assisteres i at få fortalt, hvad de har på sinde (Kvale og Brinkmann, 2015). Vi var opmærksomme på, at tolkningen under interviewene ikke blev foretaget af pårørende, da det kan give risiko for, at den pårørende kommer til at påvirke samtalen ud fra egne meninger og holdninger (Kvale og Brinkmann, 2015). Førnævnte kunne have svækket troværdigheden i specialets fund.

Alle specialets interviews må betragtes som tværkulturelle interviews. Som interviewer må man derfor være opmærksom på kulturelle normer omkring fx nonverbalt sprog, mimik samt måden at svare på, da der ellers er risiko for at der opstår misforståelser under kommunikationen (Kvale og Brinkmann, 2015). Det må derfor ses som en styrke for specialets troværdighed, at begge specialeforfattere har kendskab til kulturelle normer hos grønlandske patienter fra praksiserfaring.

Det kan ligeledes ses som en styrke for specialets troværdighed, at vi har været to forfattere til at udføre interviews samt analyse af vores empiri. En sådan forskertriangulering kan være med til at reducere risikoen for personlige fordrejninger undervejs i forskningsprocessen (Polit og Beck, 2014). Vi har løbende diskuteret uenigheder og i fællesskab kritisk reflekteret over vores forudgående forståelse af emnet. Det har bidraget til konsensus af specialets fund.

9.2. Pålidelighed

Pålidelighed i kvalitativ forskning omfatter, hvorvidt forskningsprocessen er transparent og tydelig beskrevet, således at andre forskere har mulighed for at udføre en lignende

undersøgelse. Førnævnte bidrager til, at læseren har mulighed for at følge processen gennem undersøgelsen fra ende til anden (Lincoln og Guba, 1986).

Den systematiske og grundige beskrivelse af arbejdsprocessen gennem hele specialet vurderes at bidrage væsentligt til dets pålidelighed. Vi har sikret transparens ved at redegøre detaljeret for vores metodiske fremgangsmåde gennem hele specialeprocessen. Dette har vi bl.a. gjort i form af tabel 6 for at skabe overblik for læseren i den analytiske fremgangsmåde. I specialets systematiske litteratursøgning har vi vedlagt flowchart, hvor screeningen af relevante studier er systematisk præsenteret for ligeledes at skabe transparens.

9.3. Bekræftelighed

Bekræftelighed handler om, hvorvidt forskningsresultaterne afspejler deltagernes oplevelser og ikke blot forskerens forudgående forståelse af emnet. Det er essentielt, at læseren gøres opmærksom på forskerens forudgående forståelse samt udgangspunkt for undersøgelsen. Dette er med til at skabe objektivitet i den kvalitative metode (Lincoln og Guba, 1986).

I specialets analyse har vi underbygget fundene med citater direkte fra interviewene. Det er med til at dokumentere, at vores analyse afspejler patienternes oplevelser og ikke blot vores forståelse af emnet. Vi har været eksplicitte omkring vores forståelse af patientgruppen i specialets indledning, således læseren indledningsvis er bevidst om vores grundlag for forståelsen af vores empiri. Førnævnte styrker specialets bekræftelighed. Ifølge Ricoeur vil fortolkning altid dannes på baggrund af fortolkerens aktuelle forståelse af en given sag (Ricoeur, 2002). Det har derfor ikke været formålet for specialeforfatterne at undlade vores forudgående forståelse i fortolkningsprocessen. Ved at anvende Simonÿ og Dreyers (2019) Ricoeur-inspirerede fænomenologiske-hermeneutiske fortolkningsmetode har vi dog tilstræbt at gå fænomenologisk til værks i den naive læsning. I den strukturelle analyse samt kritiske fortolkning og diskussion, anvendte vi aktivt vores forudgående forståelse.

Ricoeur understreger, at læserens forståelse af sagen påvirker, at en tekst indeholder flere sandsynlige muligheder for læsning og tolkning (Ricoeur, 2002). Vi er derfor bevidste om, at specialets fortolkningsmetode og dertilhørende fund ikke nødvendigvis kan anses som den endegyldige sandhed om, hvilke oplevelser grønlandske patienter kan have under et

onkologisk behandlingsforløb i Danmark. Forskere med andre forudgående forståelser af emnet vil potentielt kunne finde andre oplevelser hos patienterne i en lignende undersøgelse. Dette er dog kendetegnende for fænomenologisk- og hermeneutisk forskning, hvor ontologien kan anses som værende mere flydende end i det positivistiske regime (Christensen og Svendsen, 2021).

9.4. Overførbarhed

Overførbarhed omfatter, hvorvidt fund i en undersøgelse kan være brugbare i andre kontekster (Lincoln og Guba, 1986). Vores fund bygger på oplevelser fra gruppen af grønlandske patienter, der har valgt at modtage onkologisk behandling i Danmark. Det må derfor medtænkes, at fundene derfor ikke nødvendigvis er retvisende for alle grønlandske patienter med en cancerdiagnose. Specialets fund ses i stedet overførbare til de patienter, der vælger at rejse til Danmark for at modtage behandling for deres cancerdiagnose.

Den onkologiske behandling kan se forskellig ud alt efter diagnosen (Rigshospitalet, 2024), hvorfor vi indledningsvis ønskede at undersøge oplevelsen hos patienter med samme cancerdiagnose. Vi var dog nødsaget til at gå på tværs af cancerdiagnoser, da der ikke var tilstrækkeligt med informanter inden for én specifik diagnose. Dog viser specialets fund at være gennemgående hos patienterne trods forskellige diagnoser og behandlingsforløb, hvilket styrker overførbarheden i specialet.

Det skal samtidig pointeres, at specialets fund bygger på empiri indsamlet ved interviews med blot seks patienter. Med kvalitative interview kan man dog få adgang til en detaljeret beskrivelse af den enkeltes oplevelser, hvilket gør det muligt at foretage en dybdegående og nuanceret analyse på baggrund af en begrænset mængde informanter (Tanggaard og Brinkmann, 2020). Ideelt set foretages dataindsamling frem til datamætning opnås, dvs. at yderligere data ikke bidrager med flere relevante oplysninger inden for feltet. Polit og Beck (2014) argumenterer dog for, at hvis undersøgelsens deltagere er i stand til at kommunikere og reflektere effektivt over deres oplevelser, kan man opnå datamætning fra selv en relativ lille mængde deltagere. Jævnfør analyse udtrykte en enkelt patient at have haft en dårlig oplevelse i forbindelse med en akut indlæggelse om natten. Udover dette gav patienterne udtryk for ensartede oplevelser. Det kan dog ikke udelukkes, at der ville være fremkommet yderligere dårlige oplevelser, hvis der havde været inddraget flere

grønlandske patienter i specialet. Det må derfor overvejes, hvorvidt specialets seks interviews er tilstrækkeligt til at opnå datamætning.

10. Konklusion

I det følgende afsnit foreligger en sammenfatning af fundene i specialets analyse samt diskussion. Specialet besvarer følgende problemformulering og undersøgelsesspørgsmål:

Hvilke oplevelser har grønlandske patienter under onkologiske behandlingsforløb i det danske sundhedsvæsen?

- *Hvordan opleves det for grønlandske patienter at rejse til et andet land for at modtage onkologisk behandling?*
- *Hvilken betydning har pårørendes tilstedeværelse eller manglende tilstedeværelse for de grønlandske patienter i et onkologisk behandlingsforløb i Danmark?*

I analysen blev der identificeret tre temaer: "*rejsen mellem to sundhedsvæsner - med 4000 kilometers afstand"*, "*pårørende som støtte - både tæt på og langt væk*" samt "*livet i to verdener: afsavnet til hverdagen i Grønland*".

På baggrund af disse konkluderes det, at specialets patienter oplever at være rolige over at skulle rejse 4000 kilometer fra Grønland for at modtage onkologisk behandling i det danske sundhedsvæsen. De anser rejsen som en nødvendighed, og bekymrer sig ikke over forhold i livet, som ligger udenfor deres kontrol. Patienterne i dette speciale udtrykker tillid og tryghed til det danske sundhedsvæsen, og er taknemmelige over deres behandlingsforløb i Danmark. Taknemmeligheden kommer i kølvandet af forudgående kaotiske udredningsforløb i Grønland, hvor patienterne længe har henvendt sig til det grønlandske sundhedsvæsen med symptomer på cancerrelateret sygdom uden at få stillet en cancerdiagnose. En årsag til dette kan være, at der endnu ikke findes standardiserede pakkeforløb i det grønlandske sundhedsvæsen.

Ydermere kan det konkluderes, at specialets patienter oplever pårørende som en væsentlig støtte under deres onkologiske behandlingsforløb i det danske sundhedsvæsen. Fysisk tilstedeværelse af pårørende er særligt betydningsfuldt i starten af behandlingsforløbet i Danmark. Dette er på baggrund af, at perioden er domineret af livsomvæltende beskeder om

bl.a. prognose samt behandling. Derudover er pårørende en støtte til daglige gøremål under patienternes behandlingsforløb i Danmark. Både støtte og praktisk hjælp fra pårørende er generelt af stor betydning for patienter, der gennemgår et onkologisk behandlingsforløb. Forskellen ligger dog i, at den fysiske tilstedeværelse af pårørende til grønlandske patienter er udfordret af geografisk afstand samt økonomi. Det kan konkluderes, at når patienter fra Grønland ikke har mulighed for fysisk tilstedeværelse af pårørende, benytter patienterne sig af telefonisk kontakt for at føle sig forbundet med pårørende. Grønlandske patienter foretrækker at anvende pårørende som tolk, når de befinder sig i det danske sundhedsvæsen - både ved fysisk tilstedeværelse og telefonisk. Førnævnte skal dog ses i lyset af, at det er forbundet med risici i form af psykiske belastninger for både patienter og pårørende, når pårørende tolker.

Endvidere kan det konkluderes, at grønlandske patienter i specialet oplever at have afsavn til hverdagen i Grønland under deres onkologiske behandlingsforløb i det danske sundhedsvæsen. Dette adskiller sig ikke fra danske patienter, som også oplever afsavn til det vante hverdagsliv, når de er i et onkologisk behandlingsforløb. Selv om nogle grønlandske patienter oplever at kunne medbringe deres arbejde under deres behandlingsforløb i Danmark, kan det dog konkluderes, at den vante hverdag kan være vanskelig at opretholde. Det skyldes, at det ikke er muligt at tilbyde patienterne grønlandsk mad samt deres vanlige aktiviteter i den grønlandske natur, når de befinder sig i det danske sundhedsvæsen. Slutteligt kan det konkluderes, at når patienterne indgår i fællesskab med andre grønlandske patienter, afhjælper det afsavnet til hverdagen i Grønland. Sygeplejersker i det danske sundhedsvæsen kan med fordel modtage undervisning i tværkulturel sygepleje, således at de grønlandske patienters afsavn til Grønland kan imødekommes bedst muligt.

11. Perspektivering

I det følgende afsnit vil specialets resultater blive sat i en bredere sammenhæng. Afsnittet vil pege på relevante implikationer for sygeplejen samt videre forskning. I Grønland er der politisk fokus på udvikling af standardiserede pakkeforløb til cancersygdomme, således at grønlandske patienter kan opleve optimerede forløb i det grønlandske sundhedsvæsen. Formålet med pakkeforløbene er at forbedre prognose og livskvalitet for patienter med en cancerdiagnose (Svartá og Larsen, 2020). Disse implikationer ligger dog uden for dette speciale, men i nedenstående afsnit vil implikationer for sygeplejen i det danske sundhedsvæsen

blive præsenteret.

11.1. Implikationer for praksis

For at kunne omsætte specialets fund til praksis i det danske sundhedsvæsen, er det essentielt at rette blikket mod konkrete tiltag, som kan have betydning for den sygeplejefaglige indsats til de grønlandske patienter. Dette kan styrke kvaliteten af den onkologiske behandling til grønlandske patienter i det danske sundhedsvæsen, hvilket kan betyde at patienternes behov i højere grad imødekommes af sygeplejefagligt personale.

11.1.1. Grønlandsk patientvejleder

Det viser sig at dobbeltkulturelle patientkoordinatorer sikrer bedre onkologiske behandlingsforløb for patienter fra oprindelige befolkninger, der modtager behandling i et sundhedsvæsen geografisk langt væk hjemmefra. Disse koordinatorer er bindeled mellem sundhedsvæsenet og patienter (Meiklejohn *et al.*, 2016; Goodwin *et al.*, 2017; Reilly *et al.*, 2018). I specialets diskussion omtales Grønlandskoordinatoren, som beskæftiger sig med organisatoriske opgaver omkring grønlandske patienters behandlingsforløb i Region Hovedstaden – dette er dog uden at have en direkte kontakt til patienterne.

Patienterne i specialet er tilfredse med deres onkologiske behandlingsforløb i det danske sundhedsvæsen. Specialets diskussion viser dog, at grønlandske patienter kan være tilbageholdende med at dele reelle bekymringer. Dette er værd at have for øje, hvorfor implementering af grønlandske patientvejledere kan være med til at sætte fokus på dette i samtaler med sundhedspersonalet. Patientvejlederen kan være med til at sikre, at der bliver givet den information, som patienterne muligvis ikke selv får spurgt om under samtaler på hospitalerne. Det er dog essentielt, at patientvejlederne er dobbeltkulturelle, således de har indgående kendskab til den grønlandske kultur samt sprog. Derudover skal patientvejlederne være kompetente til at navigere i det danske sundhedsvæsen, således de er bindeled mellem patienter, sundhedspersonale og private forhold ved siden af det onkologiske behandlingsforløb. Det er ligeledes vigtigt, at patientvejlederen har styr på de grønlandske patienters rettigheder i det danske sundhedsvæsen, så patienterne oplever at få den mest optimale behandling. Ydermere kan patientvejlederne i samarbejde med kliniske sygeplejespecialister udvikle relevant informationsmateriale til patienter fra Grønland. Dette for at sikre, at patienter modtager bedst mulig information om behandlingsforløbet. Ud fra

ovenstående skal grønlandske patientvejledere i højere grad kunne gribe grønlandske patienter ovenpå deres kaotiske og lange forløb i Grønland.

En stor forskel på patientvejledere og tolke er, at patientvejlederne skal fungere som et kontinuerligt bindeled mellem det danske sundhedsvæsen og grønlandske patienter. Patientvejlederne skal være tovholdere for patienternes forløb, således at der sikres et optimalt behandlingsforløb. Slutteligt vil det være patientvejlederens opgave at hjælpe både patient og sundhedspersonale med at forstå hinandens kulturelle kontekst og forventninger til behandlingsforløbet.

11.1.2. Digital pårørendeinddragelse

Pårørendeinddragelse er særligt vigtigt at medtænke i onkologiske behandlingsforløb, da det har væsentlig betydning for både patienters- og pårørendes psykiske velbefindende (Esbensen, 2014). Specialet konkluderer, at pårørende er en stor støtte for grønlandske patienter, når de modtager onkologisk behandling i det danske sundhedsvæsen. For at sikre inddragelse af pårørende, der befinder sig i Grønland, kan det have stor betydning, hvis der implementeres systematisk digital pårørendeinddragelse. På den måde kan sygeplejerskerne være med til at sikre, at de pårørende bliver inddraget i patienternes onkologiske forløb i Danmark.

I det danske sundhedsvæsen blev personalet under Covid-19 pandemien opfordret til at medtænke pårørendeinddragelse i form af telefonisk kontakt under lægesamtaler og behandlingsaftaler (Region Hovedstaden, 2021). Erfaringer fra Covid-19 pandemien kan medtænkes i implementering af digital pårørendeinddragelse til læge- og sygeplejekonsultationer for grønlandske pårørende i det danske sundhedsvæsen. Forskning pointerer som tidligere nævnt, at når pårørende agerer som tolk, kan det medføre psykiske belastninger (Birkelund *et al.*, 2024). Af denne årsag er det helt essentielt, at der sikres professionel tolkebistand under digitale samtaler med grønlandske pårørende. Vi har dog ikke et entydigt svar på, hvordan sygeplejersker sikrer dette. Et forslag kan være, at implementere retningslinjer om sikring af professionel tolkebistand til digitale samtaler, når der bl.a. gives scanningssvar til grønlandske patienter. Ved denne implementering mindskes risikoen for, at pårørende skal videreformidle sårbare informationer til patienterne.

11.1.3. Tværkulturel undervisning

Selvom specialet konkluderer, at patienterne oplever stor tilfredshed med deres onkologiske forløb i sundhedsvæsnet i Danmark, oplever sygeplejersker det vanskeligt at yde sygepleje til patienter fra anden kulturel baggrund (Engnes *et al.*, 2022). Af denne årsag er det vigtigt, at sygeplejersker i det danske sundhedsvæsen modtager undervisning i tværkulturel sygepleje til grønlandske patienter. Undervisningen bør fokusere på grønlandske kulturelt betingede normer og værdier. Ydermere bør undervisningen omfatte viden om kommunikationsformer, som særligt adskiller sig fra den danske – herunder de forskelle, der kan forekomme under grønlandske patienters nonverbale kommunikation (Vestergaard-Jessen, 2017). Tidligere omtalte patientvejleder kan være facilitator for denne undervisning, da patientvejlederen som tidligere nævnt skal være dobbeltkulturel. Undervisningen bidrager til, at sygeplejersker bedst muligt kan give en patientcentreret pleje og behandling til den enkelte grønlandske patient, når patienten befinder sig i et onkologisk behandlingsforløb i Danmark. For at facilitering undervisning af tværkulturel sygepleje, bør dette implementeres som en fast del af sygeplejerskers kompetenceudvikling. Denne kompetenceudvikling vil ligeledes styrke sygeplejerskernes faglighed.

11.2. Implikationer for forskning

Specialet peger på en række mere konkrete problemstillinger, som har implikationer for videre forskning inden for feltet. Dette skal specielt ses i lyset af stigningen af grønlandske patienter, der modtager behandling i det danske sundhedsvæsen (Bundgaard *et al.*, 2023).

For yderligere indsigt i onkologiske behandlingsforløb med grønlandske patienter vil det være oplagt at undersøge både pårørende- samt sygeplejeperspektiv. Det kan fx bidrage med et indblik i pårørendes oplevelser af at agere tolk for patienterne. Førnævnte er vigtigt, da specialet afslører et krydsfelt mellem patienternes ønske om pårørende som tolk, mens forskning pointerer, at det er problematisk for både patient, pårørende, sundhedsvæsen samt patientsikkerhed (Birkelund *et al.*, 2024).

Ydermere kan sygeplejerskers oplevelser supplere med yderligere viden om onkologiske behandlingsforløb med den grønlandske patientgruppe. På baggrund af dette ville det være oplagt at søge indsigt i, om sygeplejerskerne oplever udfordringer, når de yder sygepleje til patienter fra Grønland.

12. Referenceliste

Aagaard, T. (2014) *Hverdagsliv med sygdom - patienters kulturelle perspektiver på sundhedspraksis i Grønland*. Ph.d. Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab - Ilisimatusarfik.

Anderson, K. *et al.* (2021) 'Accessibility of cancer treatment services for Indigenous Australians in the Northern Territory: perspectives of patients and care providers', *BMC Health Services Research*, 21(1), s. 95. Tilgængelig på: https://doi.org/10.1186/s12913-021-06066-3.

Augustussen, M., Hounsgaard, L., *et al.* (2017) 'Relatives' level of satisfaction with advanced cancer care in Greenland – a mixed methods study', *International Journal of Circumpolar Health*, 76(1). Tilgængelig på: https://doi.org/10.1080/22423982.2017.1335148.

Augustussen, M., Sjøgren, P., *et al.* (2017) 'Symptoms and health-related quality of life in patients with advanced cancer - A population-based study in Greenland', *European Journal of Oncology Nursing*, 28, s. 92–97. Tilgængelig på: https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.03.004.

Augustussen, M. *et al.* (2018) 'Development of health-related quality of life and symptoms in patients with advanced cancer in Greenland', *European Journal of Cancer Care*, 27(3). Tilgængelig på: https://doi.org/10.1111/ecc.12843.

Augustussen, M., Timm, H. and Hounsgaard, L. (2018) 'Palliation til kræftpatienter i Grønland– set fra sundhedsprofessionelles perspektiv', *Nordisk sygeplejeforskning*, 8(3), s. 230–245. Tilgængelig på: https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2018-03-06.

Berlingske (2025) 'Flere og flere grønlændere modtager behandling i Danmark'. Tilgængelig på: https://www.berlingske.dk/danmark/flere-og-flere-groenlaendere-modtager-behandling-i-danmark?gaa_at=eafs&gaa_n=AerBZY-MOUJnSmEEOL8zDwb9oOb2nT44u0NJQ5MRZjLQkRoWzFCuDJh4fj5hYjcphjRo%3D&gaa_ts=67b89679&gaa_sig=yKnOMjpwrXUa7UWP7-81lTO-TyNMmzxDRLsltRQ3M88h6C3ihgZMpaavDMx2y7pp6_B80uLfUeqLB-bYuGokfS8Q%3D%3D (Besøgt: 21. februar 2025).

Bernardes, C. *et al.* (2019) 'Unmet supportive care needs among Indigenous cancer patients across Australia', *Rural and Remote Health*, 19(3). Tilgængelig på: https://doi.org/10.22605/RRH4660.

Birkelund, L. *et al.* (2024) 'Communicating without a Shared Language: A Qualitative Study of Language Barriers in Language-Discordant Cancer Communication', *Journal of Health Communication*, 29(3), s. 187–199. Tilgængelig på: https://doi.org/10.1080/10810730.2024.2309357.

Brinkmann, S. og Tanggaard, L. (2020) 'Kvalitative metoder, tilgange og perspektiver: en introduktion', i S. Brinkmann og L. Tanggaard (red.) *Kvalitative metoder - en grundbog*. 3. udgave. København: Hans Reitzels forlag, pp. 15–29.

Brødsgaard, A. (2016) 'Familiecentreret sygepleje', i B. Østergaard og H. Konradsen (red.) *Familiesygepleje*. København: Munksgaard, s. 67–86.

Bundgaard, J.S. *et al.* (2023) 'Patient referrals from Greenland to Rigshospitalet in Denmark', *Danish Medical Journal*, 70(9).

Busch, K. (2014) 'Kræftdiagnosen - et eksistentielt vendepunkt', i K. Wittrup og A. Prip (red.) *Kræftsygepleje - i et forløbsperspektiv*. København: Munksgaard, s. 91-109

Christensen, I.L. og Svendsen, M.N. (2021) 'Videnskabsteori og metode', i S. Vallgårda og A.M. Bornø Jensen (eds) *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab - Videnskabsteori og metode*. 6. udgave. København: Munksgaard, s. 42–63.

Critical Appraisal Skills Programme (2025) *CASP - Critical Appraisal Checklists*. Tilgængelig på: https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/ (Besøgt: 25. februar 2025).

Damsgaard, J.B. (2019) 'Fænomenologi og hermeneutik som grundlag for forståelse i sygeplejen', i B.H. Hansen (red.) *Fænomenologi og hermeneutik - anvendelse og argumentation i sygeplejen*. København: Samfundslitteratur, s. 17–30.

Danmarks Statistik (2024) *Middellevetid*, *Danmarks Statistik*. Tilgængelig på: https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/middellevetid (Besøgt: 11. februar 2025).

Dansk Selskab for Patientsikkerhed (2019) 'Notat: Patientsikkerhedsmæssige risici ved sprogbarrierer og manglende forståelse og kommunikation i mødet mellem patienter og sundhedsprofessionelle'. Dansk Selskab For Patientsikkerhed. Tilgængelig på: https://gammel.patientsikkerhed.dk/content/uploads/2019/07/notat_patientsikkerhedsmeassigerisicivedsprogbarrierermv.pdf (Besøgt: 7. februar 2025).

Egan, R. *et al.* (2016) 'The Cancer Stories Project: narratives of encounters with cancer in Aotearoa, New Zealand', *Psycho-Oncology*, 25(3), s. 300–307. Tilgængelig på: https://doi.org/10.1002/pon.3914.

Egede, A., Hounsgaard, L. og Seibæk, L. (2020) 'At være grønlandsk patient i Danmark - patientens perspektiv', i T. Aagard og Lise Hounsgaard (red.) *Menneske - sundhed, samfund og kultur*. Aarhus: Forlaget Klim, s. 107–122.

Eliassen, B.-M. *et al.* (2012) 'Acculturation and self-rated health among Arctic indigenous peoples: a population-based cross-sectional study', *BMC Public Health*, 12(1), s. 948. Tilgængelig på: https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-948.

Engnes, J.I. *et al.* (2022) 'Sámi language in Norwegian health care: "He speaks good enough Norwegian, I don't see why he needs an interpreter"', *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 36(1), s. 275–284. Tilgængelig på: https://doi.org/10.1111/scs.12986.

Esbensen, B. (2014) 'Pårørendes oplevelser og udfordringer', i K. Wittrup og A. Prip (red.) *Kræftsygepleje - i et forløbsperspektiv*. København: Munksgaard, s. 135-151

Fischer, S. og Seibaek, L. (2021) 'Patient perspectives on relatives and significant others in cancer care: An interview study', *European Journal of Oncology Nursing*, 52. Tilgængelig på: https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101964.

Flanagan, M.W. *et al.* (2022) 'Associations of practical, emotional, and physical problems with psychosocial distress among cancer patients', *Journal of Psychosocial Oncology*, 40(1), s. 98–114. Tilgængelig på: https://doi.org/10.1080/07347332.2021.1899353.

Frederiksen, K. og Olsen, C.C. (2017) *Det grønlandske sprog i dag - Rapport over det grønlandske sprog, standpunkt og anbefalinger*. Saammaateqatigiinnissamut isumalioqatigiissitaq (Forsoningskommissionen).

Gärtner, H., Raunkiær, M. og Timm, H. (2021) 'Meningsfulde fællesskaber for mennesker med kronisk, fremadskridende kræft', *Omsorg*, s. 55–59.

Gelvan, A., Risum, S. og Langer, S.W. (2015) 'Incidence and survival from lung cancer in Greenland is comparable to survival in the Nordic countries', *Danish Medical Journal*, 62(4)

Goodwin, E.A. *et al.* (2017) 'The experience of treatment barriers and their influence on quality of life in American Indian/Alaska Native breast cancer survivors', *Cancer*, 123(5), s. 861–868. Tilgængelig på: https://doi.org/10.1002/cncr.30406.

Grønlands Statistik (2024) *Grønland i tal - 2024*. 6. udgave. Nuuk: Grønlands Statistik. Tilgængelig på: https://stat.gl/publ/da/GF/2024/pdf/Gr%C3%B8nland%20i%20tal%202024.pdf (Besøgt: 11. februar 2025).

Hansen, H. og Noahsen, P. (2020) 'Sundhed og sundhedsvæsen i Grønland år 2020', i T. Aagard og L. Hounsgaard (eds) *Menneske - sundhed, samfund og kultur*. Aarhus: Forlaget Klim, s. 35–71.

Højbjerg, H. (2018) 'Hermeneutik - Forståelse og fortolkning', i L. Fuglsang, P. Bitsch, og K. Rasborg (red.) *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne – på tværs af fagkulturer og paradigmer.* 3. udgave. København: Samfundslitteratur, s. 289–324.

Huot, S. *et al.* (2019) 'Identifying barriers to healthcare delivery and access in the Circumpolar North: important insights for health professionals', *International Journal of Circumpolar Health*, 78(1). Tilgængelig på: https://doi.org/10.1080/22423982.2019.1571385.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2022) *Sundhedsloven*. Tilgængelig på: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2022/210 (Besøgt: 17. marts 2025).

Ingemann, C. *et al.* (2020) 'Patient experience studies in the circumpolar region: a scoping review', *BMJ Open*, 10(10). Tilgængelig på: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042973.

IWGIA (2024) *The Indigenous World 2024: Kalaallit Nunaat (Greenland)*, *International Work Group for Indigenous Affairs*. Tilgængelig på: https://iwgia.org/en/kalaallit-nunaat-greenland/5393-iw-2024-kalaallit-nunaat.html (Besøgt: 13. februar 2025).

Københavns Professionshøjskole, Bornholms Sundheds- og Sygeplejeskole, UC Diakonissestiftelsen (2025) 'Studieordning sygeplejerskeuddannelsen -'. Tilgængelig på: https://www.kp.dk/wp-content/uploads/2025/02/studieordning-for-sygeplejerskeuddannelsen-aendret-15-januar-2025-gaeldende.pdf.

Kræftens Bekæmpelse (2018) *Kræftpatienters behov og oplevelser med sundhedsvæsenet under udredning og behandling*. Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, 2017.

Kræftens Bekæmpelse (2024) *Depression ved en kræftsygdom*, *Kræftens Bekæmpelse*. Tilgængelig på: https://www.cancer.dk/hverdag/dit-liv-med-kraeft/reaktioner-og-tanker/depression/ (Besøgt: 12. februar 2025).

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015) 'De syv faser af en interviewundersøgelse', i *Interview – Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. 3. udgave. København: Hans Reitzels Forlag, s. 149–398.

Lægehåndbogen (2023) *Cytostatikabehandling*, *Sundhed.dk*. Tilgængelig på: https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/kraeft/tilstande-og-sygdomme/onkologi/cytostatikabehandling/ (Besøgt 21. februar 2025).

Leininger, M. og McFarland, M.R. (2002) *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice*. 3. udgave. USA: McGraw-Hill Companies.

Lincoln, Y.S. og Guba, E.G. (1986) 'But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation', *New Directions for Program Evaluation*, 1986(30), s. 73–84. Tilgængelig på: https://doi.org/10.1002/ev.1427.

Mehlsen, M.Y., Jensen, A.B. og Zachariae, B. (2007) 'Psychosocial problems and needs among cancer patients', *Ugeskrift for Laeger*, 169(18), s. 1682–1687.

Meiklejohn, J.A. *et al.* (2016) 'Health professional's perspectives of the barriers and enablers to cancer care for Indigenous Australians', *European Journal of Cancer Care*, 25(2), s. 254–261. Tilgængelig på: https://doi.org/10.1111/ecc.12467.

Møller, H. (2013) '"Double culturedness": the "capital" of Inuit nurses', *International Journal of Circumpolar Health*, 72(1). Tilgængelig på: https://doi.org/10.3402/ijch.v72i0.21266.

Naalakkersuisut (2013) 'Forslag til kræftplan 2013'. Departementet for Sundhed og Infrastruktur, EM 2013/24.

Niclasen, B. og Mulvad, G. (2010) 'Health care and health care delivery in Greenland', *International Journal of Circumpolar Health*, 69(5), s. 437–487. Tilgængelig på: https://doi.org/10.3402/ijch.v69i5.17691.

Nilsson, C. (2017) '1. Ældre i Danmark', i S. Jastrup og E. Holm (red.) *Sygepleje til Ældre*. København: Munksgaard, s. 21-30

Nørgaard, B. og Hansen, T. (2023) *Kvalitative systematiske reviews: Hvorfor og hvordan?* København: Samfundslitteratur.

Peqqik (2025) *Det Grønlandske Patienthjem - Kostpenge og indkvarteringsmuligheder*. Tilgængelig på: https://peqqik.gl/Emner/Det-gronlandske-Patienthjem/Kostpengeogindkvarteringsmuligheder?sc_lang=da-DK&mobile=1 (Besøgt: 4. april 2025).

Polit, D.F. og Beck, C.T. (2014) 'Chapter 17: Trustworthiness and integrity in qualitative studies', i *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. 8. udgave. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, s. 321–338.

Region Hovedstaden (2021) 'Når COVID-19-besøgsrestriktioner sætter begrænsninger'. Region Hovedstaden. Tilgængelig på: https://www.regionh.dk/patientinddragelse/udgivelser/udgivelser/Documents/N%c3%a5r%20Covid-19%20bes%c3%b8gsrestriktioner%20s%c3%a6tter%20begr%c3%a6nsninger.pdf

Reilly, R. *et al.* (2018) 'Aboriginal experiences of cancer and care coordination: Lessons from the Cancer Data and Aboriginal Disparities (Can DAD) narratives', *Health Expectations*, 21(5), s. 927–936. Tilgængelig på: https://doi.org/10.1111/hex.12687.

Ricoeur, P. (1979) *Fortolkningsteori*. København: Vintens Forlag.

Ricoeur, P. (2002) *En hermeneutisk brobygger*. M. Hermansen og J.D. Rendtorff (red.). København og Roskilde: Klim.

Rigshospitalet (2024) *Medicinsk Kræftbehandling*, *Rigshospitalet*. Tilgængelig på: https://www.rigshospitalet.dk/undersoegelse-og-behandling/find-undersoegelse-og-behandling/Sider/Medicinsk-kraeftbehandling-27461.aspx (Besøgt: 21. februar 2025).

Rigshospitalet (2025) *Forløbskoordination Grønland*, *Rigshospitalet.dk*. Tilgængelig på: https://www.rigshospitalet.dk/for-fagfolk/koordinering/Sider/forloebskoordination-groenland.aspx (Besøgt: 28. april 2025).

Schlütter, M. (2016) 'Moderskab i det urbane Grønland - om moderskab og uforudsigelighed i Nuuk, Grønland', *Etnografisk tidsskrift - Jordens folk*, 51. årgang(3–4), s. 17–25.

Schlütter, M. og Hounsgaard, L. (2020) 'Når helbredet svigter i alderdommen - ældres møde ned uvished i behandlingsforløb i det grønlandske sundhedsvæsen', i T. Aagard og L. Hounsgaard (red.) *Menneske - sundhed, samfund og kultur*. Aarhus: Ilisimatusarfik - Univiersity of Greenland, s. 263–282.

Sedgewick, J.R. *et al.* (2021) 'Service providers' perceptions of support needs for Indigenous cancer patients in Saskatchewan: a needs assessment', *BMC Health Services Research*, 21(1), s. 848. Tilgængelig på: https://doi.org/10.1186/s12913-021-06821-6.

Sektorer i Danmark (2025) *Mad: En Udforskning af Kulinariske Traditioner og Sprog*, *Sektorer i Danmark*. Tilgængelig på: https://www.sektorer-i-danmark.dk/mad-en-udforskning-af-kulinariske-traditioner-og-sprog/ (Besøgt: 15. maj 2025).

Shahid, S. *et al.* (2016) 'Factors contributing to delayed diagnosis of cancer among Aboriginal people in Australia: a qualitative study', *BMJ Open*, 6(6). Tilgængelig på: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010909.

Simonÿ, C. og Dreyer, P. (2019) 'Paul Ricoeurs hermeneutiske fænomenologi', i B.H. Hansen (red.) *Fænomenologi og hermeneutik - anvendelse og argumentation i sygeplejen*. København: Samfundslitteratur, s. 171–187.

Social-, Bolig- og Ældreministeriet (2024) *Regeringens ældrereform. Du bliver aldrig for gammel til at have det godt.* København: Social-, Bolig- og Ældreministeriet, s. 5–34.

Statens Institut for Folkesundhed (2023) *Social ulighed i sundhed*. Temarapport fra Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. København: Statens Institut for Folkesundhed. Tilgængelig på: https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2023/social_ulighed_i_sundhed_i_groenland.

Statsministeriet (2009) *Lov om Grønlands Selvstyre*, *Retsinformation*. Tilgængelig på: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2009/473 (Besøgt: 20. februar 2025).

Sundhedsstyrelsen (2025) *Pakkeforløb for kræft*. Tilgængelig på: https://www.sst.dk/da/Fagperson/Sygdomme-lidelser-og-behandling/Kraeftsygdom/Pakkeforloeb-for-kraeft (Besøgt: 17. maj 2025).

Svartá, D.L. og Larsen, C.V.L. (2020) *Evaluering af Kræftplan 2013 - Status på kræftområdet i Grønland*. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Tanggaard, L. og Brinkmann, S. (2020) 'Interviewet: samtalen som forskningsmetode', i S. Brinkmann og L. Tanggaard (red.) *Kvalitative metoder - en grundbog*. 3. udgave. København: Hans Reitzels forlag, s. 33–64.

Thewes, B. *et al.* (2016) 'Routine screening of Indigenous cancer patients' unmet support needs: a qualitative study of patient and clinician attitudes', *International Journal for Equity in Health*, 15(1), s. 90. Tilgængelig på: https://doi.org/10.1186/s12939-016-0380-2.

Thing Rasmussen, L., Remvig, K. og Wien, C. (2022) 'Litteratur- og informationssøgning til opgaven', i L. Rienecker og P.S. Jørgensen (red.) *Den gode opgave - håndbog i opgave-, projekt- og specialeskrivning*. 6. udgave København: Samfundslitteratur, s. 149–174.

Tolstrup, J. *et al.* (2017) 'Greenlandic patients with colorectal cancer: symptomatology, primary investigations and differences in diagnostic intervals between Nuuk and the rest of the country', *International Journal of Circumpolar Health*, 76(1). Tilgængelig på: https://doi.org/10.1080/22423982.2017.1344086.

Toth, C. (2014) 'Netværkets betydning', i K. Wittrup og A. Prip (red.) *Kræftsygepleje - i et forløbsperspektiv*. København: Munksgaard, s. 121-134

Udlændinge- og Integrationsministeriet (2008) *Udlændingeloven*. Tilgængelig på: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2009/393 (Besøgt: 23. januar 2025).

Vestergaard-Jessen, A. (2017) 'Kulturforskelle mellem Grønland og Danmark er vigtig viden for sundhedsplejersker i deres arbejde med grønlandske familier', *Sundhedsplejersken*. 5. udgave

Vrangbæk, K. og Birk, H.O. (2020) 'Sundhedssystemet i Danmark - organisering, resultater og udfordringer', i P. Tanggård Andersen, C.B. Lau, og H. Myglegård Andersen (red.) *Sundhedsfremme i kommuner og lokalsamfund: mellem forskning, planlægning og praksis*. København: Hans Reitzel, s. 121-142

World Health Organization (2024) *Frequently asked questions on the health and rights of Indigenous Peoples*, *World Health Organization*. Tilgængelig på: https://www.who.int/initiatives/global-plan-of-action-for-health-of-indigenous-peoples/frequently-asked-questions-on-the-health-and-rights-of-indigenous-peoples (Besøgt: 13. februar 2025).

World Health Organization (2025) *World Health Organization (WHO)*, *Cancer*. Tilgængelig på: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer (Besøgt: 5. februar 2025).

World Medical Association (2024) *Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants*, *Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants*. Tilgængelig på: https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/ (Besøgt: 28 februar 2025).

Yousaf, U. *et al.* (2018) 'Cancer Incidence and Mortality in Greenland 1983–2014 – Including Comparison With the Other Nordic Countries', *EClinicalMedicine*, 2–3, s. 37–49. Tilgængelig på: https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2018.08.003.

Zahavi, D. (2019) 'Fæmomenologi i et historisk og nutidigt perspektiv', i B.H. Hansen (red.) *Fænomenologi og hermeneutik - anvendelse og argumentation i sygeplejen*. København: Samfundslitteratur, s. 31–54.